

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

105

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1900, à 1 heure

Par

CHARLES BRICET

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) le 24 décembre 1873.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Ancien externe de la Maternité de Lariboisière

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES

PAR LA

RÉDUCTION SANS DRAINAGE

(Procédé de M. Pierre Delbet)

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
DELBET et LEPAGE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

103

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1900, à 1 heure

Par

CHARLES BRICET

Né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) le 4 décembre 1873.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Ancien externe de la Maternité de Lariboisière

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

TRAITEMENT

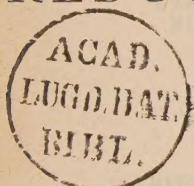
DES

KYSTES HYDATIQUES

PAR LA

RÉDUCTION SANS DRAINAGE

(Procédé de M. Pierre Delbet)



Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : { MM. PINARD, professeur.
DEL BET et LEPAGE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		ROUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale.		CORNIL.
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL
Histologie.		TERRIER.
Opérations et appareils.		POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie.		LANDOUZY
Thérapeutique		PROUST.
Hygiène.		BROUARDEL.
Médecine légale.		BRISAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée.		
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

Je tiens à remercier ici mes maîtres et à leur exprimer toute ma reconnaissance.

J'ai fait mes premières armes en chirurgie dans le service de M. le Professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, en 1892-93; ensuite j'ai profité du bel enseignement du Professeur Hanot à l'hôpital Saint-Antoine et suivi les leçons du Professeur Germain Sée à l'Hôtel-Dieu (1893-94).

Externe des hôpitaux, j'ai eu l'honneur d'être l'élève de M. Danlos, à la Maison Dubois (1894); de M. de Beurmann, à l'hôpital Broca (1896); de M. le Professeur Cornil, à l'Hôtel-Dieu (1896-97); de M. Routier, chirurgien de l'hôpital Necker (1897-98); de M. Bonnaire, accoucheur de Lariboisière, auprès de qui je me suis familiarisé avec la pratique des accouchements pendant toute l'année 1898-99.

Interne provisoire (1899-1900) j'ai eu la chance d'être attaché successivement aux services de M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis; de M. Landrieux et de M. Muselier, à Lariboisière. Dans ce même hôpital j'ai passé quelques mois trop courts dans le service si actif de M. Dreyfus-Brisac.

A tous ces maîtres, dont la bienveillance à mon égard ne s'est jamais lassée, je garde la plus vive gratitude; je m'inspirerai toujours de leurs conseils et de leur exemple,

j'y trouverai mon plus sûr guide au cours de ma pratique médicale.

Je prie M. le Professeur Terrier de vouloir bien agréer mes remerciements respectueux pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

TRAITEMENT
DES KYSTES HYDATIQUES
PAR LA RÉDUCTION SANS DRAINAGE
(Procédé de M. Pierre Delbet)

INTRODUCTION

Le traitement des kystes hydatiques était encore confiné il y a peu d'années dans les deux procédés de la ponction et de la marsupialisation. On commençait ordinairement par pratiquer une ou plusieurs ponctions, puis devant l'insuccès de ce traitement dit médical on avait recours à la laparotomie.

De nos jours il serait admis sans contestation que tout kyste hydatique relève exclusivement du chirurgien et que l'on doit commencer par où l'on en arrivait à finir autrefois, si la médiocrité des résultats donnés par la marsupialisation n'avait singulièrement refroidi le zèle des opérateurs les plus habiles. C'est ce qui explique le retour qui s'est fait vers la ponction suivie d'injection

parasiticide et le regain d'enthousiasme qu'a pu soulever cet ancien procédé.

Car la ponction est une méthode à la fois insuffisante et dangereuse, elle compte à son passif de nombreux échecs et même des cas de mort. Il est temps qu'elle tombe dans un discrédit légitime et sans appel, et il est bien certain que le jour où la chirurgie aura à sa disposition un procédé supérieur à celui de Lindemann-Landau, c'en sera fait à la fois et de la marsupialisation et de la ponction.

Ce procédé existe ; il a été imaginé en 1895 par notre maître M. Pierre Delbet et les premiers succès en ont été consignés dans la thèse de Frank Baraduc en 1898, à propos d'une étude comparative très complète de tous les modes de traitement applicables aux kystes hydatiques abdominaux.

Si l'on pouvait à cette époque objecter aux conclusions un peu hâtives de Baraduc que la méthode était encore bien nouvelle et qu'il convenait d'attendre les leçons d'une plus longue expérience pour baser un jugement sûr et définitif, nous croyons qu'aujourd'hui la manière de faire de M. Pierre Delbet a été consacrée par un assez grand nombre de succès pour qu'il soit permis de la présenter comme une méthode générale, non plus seulement restreinte aux kystes de l'abdomen, mais susceptible de s'étendre à la grande majorité des kystes hydatiques, où qu'ils siègent, supérieure aux anciens traitements et destinée à devenir le procédé de choix.

C'est ce que nous chercherons à mettre en évidence au cours de cette étude, au début de laquelle il nous est

particulièrement agréable de remercier M. Pierre Delbet des conseils bienveillants qu'il nous a prodigués, et tous ceux de nos maîtres qui ont bien voulu mettre à notre disposition leurs observations personnelles.

I. — LA MARSUPIALISATION

On ne peut pas méconnaître le progrès qu'a réalisé le procédé de Lindemann-Landau dans le traitement des kystes hydatiques. C'est une opération bénigne qui a compté d'indéniables succès : M. Potherat rappelait encore récemment avoir guéri en 3 semaines des kystes très volumineux contenant de 4 à 6 litres de liquide ; M. Poirier et M. Kirmisson ont eu des guérisons dans l'espace de 4 à 6 semaines, et il serait facile d'en réunir d'autres. Il n'entre donc pas dans notre pensée de contester ces quelques beaux résultats ; mais si on les rapproche de l'ensemble des cas traités par la même méthode, on ne peut pas ne pas être frappé de leur grande rareté relative. Quelques statistiques récentes mettent bien en lumière les suites le plus souvent fâcheuses de la marsupialisation.

Dans la plupart des cas la guérison est très lente ; sans parler des hémorrhagies consécutives ni des pertes de bile assez rarement capables de compromettre la santé des malades, il faut compter avec des fistules intarissables et des éventrations consécutives parfois énormes. Les longues fistules sont si fréquentes qu'elles sont presque la règle.

Sur 8 malades opérés par M. Pierre Delbet par le pro-

cédé de la marsupialisation (1), un seul a guéri complètement en un mois; 2 sont morts de lésions pulmonaires avant la fin de leur suppuration; les 5 autres ont gardé leur fistule de 3 mois à plus de 2 ans, et 3 d'entre eux ont eu finalement une éventration considérable.

Pour 14 kystes hydatiques du foie opérés à Tenon pendant une période de 4 ans par M. Gérard-Marchant, la durée de la guérison n'a jamais été inférieure à 3 mois; elle a souvent exigé 5, 6 mois et même plus d'un an. Dans la plupart des cas on a noté de grandes oscillations thermiques, malgré toutes les précautions prises pour éviter l'infection de la poche; des écoulements de bile, de sang, des phénomènes de rétention purulente ont plusieurs fois entravé la guérison; chez deux malades les injections dans la poche ont provoqué des accès de suffocation inquiétants. Enfin la persistance de la fistule a nécessité dans plusieurs cas des opérations complémentaires (résection costale).

M. Schwartz a opéré 2 énormes kystes postéro-supérieurs du foie par la méthode de Landau; les 2 kystes ont mis 2 ans à se fermer complètement, après avoir été tous deux le point de départ d'une cholerrhagie abondante qui a débuté 8 à 10 jours après l'opération et a duré quelques semaines.

Depuis le 1^{er} janvier 1892, M. Peyrot ou ses assistants ont opéré, tant à Lariboisière qu'en ville, 19 kystes hydatiques de l'abdomen. Chez 5 de ces malades la suppuration

1. Pierre Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu, août, septembre, 1897.

était ancienne, on avait affaire à de vastes collections purulentes plutôt qu'à des kystes ; nous n'en parlerons pas. Les 14 autres ont guéri, sauf une femme qui succomba à des accidents septicémiques suraigus ; mais jamais ils n'ont guéri simplement, jamais très vite. « Je considère, dit M. Peyrot, comme inévitable après l'ouverture d'un grand kyste une poussée rapide de fièvre qui atteint quelquefois un degré inquiétant, mais qui finit toujours par céder au traitement. La suppuration qui suit est quelquefois singulièrement longue à se tarir ; elle a duré chez quelques-uns de mes malades, atteints il est vrai de kystes très anciens et très vastes, 6 mois, un an et près de 2 ans. Les soies placées autour de l'orifice pour fixer la poche s'éliminent presque sûrement, mais on s'en débarrasse avant que la suppuration soit achevée (1). » Pour 12 de ces kystes, on aurait pu penser au procédé de M. Pierre Delbet ; les 2 autres avaient suppuré.

Depuis 1891, M. Routier a traité 15 cas par le drainage ; tous ont guéri, mais M. Routier a toujours gardé ses malades au moins 3 mois dans son service, et plusieurs sont sortis avec des fistules ! Le minimum de durée de leur fistule a été de 50 jours, le maximum a été d'un an, pour un malade à kyste double.

Et à côté de tous ces cas qui ont pu être suivis, combien de malades portés guéris sont sortis de l'hôpital avec leur fistule ! En verront-ils toujours l'occlusion ? Et quand bien même tous les opérés guériraient finalement de leur

1. On trouvera toutes ces observations résumées dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 7 mars 1900.

fistule, sans éventration, prétendra-t-on que ce soit là un résultat suffisant ?

On ne peut donc pas dire que la marsupialisation soit une méthode sûre, puisqu'elle expose les malades à des accidents si longs, quelquefois incurables. M. Pierre Delbet, redoutant ces complications, a cherché à lui substituer un procédé plus rapide et plus efficace, la réduction sans drainage.

II. — HISTORIQUE

Thornton (1) le premier en 1883 tenta la suture complète d'un kyste hydatique, qu'il fixa ensuite à la paroi abdominale. Malgré le succès qu'il obtint, ce n'est qu'en 1891 qu'un procédé analogue fut employé par Bond (2). Billroth (3) à la même époque opéra et guérit 9 malades, avec une légère variante : avant de fermer la poche, il la remplissait d'une émulsion iodoformée, substituant pour un temps au kyste hydatique un kyste iodoformique.

Dans la même année 1891, F. Kœnig (4) publia une observation de suture sans drainage, dans un mémoire consacré à l'étude de la valeur comparative de l'incision en deux temps (procédé de Volkmann) et de l'incision en un temps. Dans un chapitre qui traite des difficultés de diagnostic des kystes hydatiques abdominaux et des embarras qui en résultent au point de vue opératoire, il s'exprime ainsi au sujet des kystes du bassin : « ... les kystes profonds

1. Thornton, *Med. Times*, 1883, t. 1 et in thèse de Braine.

2. Bond, *Brit. Med. Journ.*, 11 avril 1891.

3. Billroth, *Soc. imp. et roy. de Méd. de Vienne*, 20 mai 1892.

4. Kœnig, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891 : les kystes à échinocoques de la cavité abdominale et leurs particularités avant, pendant et après l'opération.

du petit bassin sont ainsi rendus accessibles ; ils peuvent être vidés et tout le kyste fermé ou extirpé, procédé dont Schröder s'est déjà servi plusieurs fois (Voir thèse de Brœse) (1). » Kœnig rapporte plusieurs observations ; voici, en partie, celle qui nous intéresse :

OBSERVATION XV. — Femme de 42 ans, opérée le 25 septembre. Incision médiane remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, descendant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la symphyse. La tumeur qui avait été prise pour un fibrome se montre maintenant comme le corps de l'utérus lui-même repoussé par une grosse tumeur kystique qui remplit la totalité du petit bassin.

On tente d'énucléer la tumeur ; mais en raison de l'état misérable du poulx, la narcose profonde paraît dangereuse, en outre la libération du kyste est difficile. La paroi externe se déchire çà et là et la paroi interne fait hernie par les orifices ; enfin de la paroi externe se laisse énucléer une grosse vésicule qui au dernier moment se rompt et laisse écouler un liquide clair comme de l'eau. Alors on diagnostique un kyste hydatique du petit bassin ; les ovaires et l'utérus sont intacts. Après ablation complète de la vésicule, ce qui reste du sac est désinfecté et l'ouverture fermée par une suture continue au catgut.

Désinfection du ventre, iodoforme ; fermeture par une suture profonde et pansement.

1. Brœse, thèse de Göttingen 1882. *Etude des kystes à échinocoques du bassin de la femme*. (Il n'est question dans cette thèse que de l'extirpation complète des kystes),

Dans les suites rien à remarquer. Le 11 octobre les derniers fils sont enlevés et le 21 la malade sort guérie. »

S'il est bien certain que Kœnig a essayé là avec succès la suture sans drainage, il convient de remarquer qu'il ne l'a faite que comme un pis-aller, qu'il n'a jamais reparlé de cette opération, que jamais il n'a prétendu l'ériger en méthode, ne fût-ce que pour les kystes du petit bassin, et que rien ne justifie l'expression de « procédé de Kœnig » employée récemment par M. Jonnesco pour désigner la nouvelle technique.

Toutes ces tentatives étaient passées inaperçues en France.

M. Pierre Delbet opéra sa 1^{re} malade le 13 décembre 1895 ; ses communications à l'Académie de médecine (1) datent du 11 février et du 5 mai 1896. Son manuel opératoire se résumait ainsi : vider le kyste complètement après incision, enlever la vésicule-mère, diminuer autant que possible la cavité restante en accolant par une suture en capiton les parois de la membrane adventice, refermer par une suture complète cette enveloppe fibreuse et réduire dans l'abdomen sans aucun drainage.

Entre temps, le 31 décembre 1895, Alexandro Posadas (2) publiait 4 observations de kystes traités d'une façon analogue, au capitonage près. Mais M. Pierre Delbet avait déjà opéré sa première malade quand parut le mémoire du chirurgien de Buenos-Aires.

1. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 18 février et 26 mai 1896.

2. Alexandro Posadas, *Anales del Circulo Medico Argentino*, Buenos-Aires, 31 décembre 1895, page 613.

Tandis que la méthode était déjà couramment employée en Australie où Hamilton Russel, Poulton, Barnett, Moore, Stirling publiaient de nombreuses observations, elle commençait à se vulgariser en France grâce à M. Pierre Delbet lui-même et à l'intéressante thèse de son élève F. Baraduc (1898).

Bobroff (1) de Moscou, dans un article publié peu de temps après, conta les différentes phases de son évolution au sujet du traitement des kystes hydatiques. Il commença par employer le procédé de Billroth, mais une jeune fille de 24 ans ainsi traitée ayant eu des accidents graves (hématuries et élévation de température pendant 2 mois), il y renonça. Il substitua à l'émulsion iodoformique un liquide indifférent, la solution salée physiologique qu'il enferma de même dans la cavité du kyste; car il pensait que si l'on réduisait la poche vide il devrait fatalement s'y produire une exsudation de sérosité, de sang ou de bile et son but en la remplissant de solution salée était de créer dans son intérieur une pression positive et d'empêcher l'exsudation.

Sans doute Bobroff s'aperçut que cette idée toute théorique était fausse, car il en vint à suturer les kystes sans les remplir, se contentant d'essuyer les parois adventices avec de la gaze stérilisée, sans faire aucun lavage. Pour la première fois le 21 janvier 1897, il sutura sans le remplir un petit kyste du pancréas contenant un

1. Bobroff, *New med. of opération for ecchynococcus in the liver and other abdominal parenchymatous organs. Khirurgia, Mosk.* 1898, iii 3-9. Also transl.: *Arch. f. clin. Chir.* Berlin 1898, lvi, 819-826.

verre et demi de liquide. Il n'est pas question de capitonnage ; mais déjà, avant Bobroff, M. Pierre Delbet avait suturé des kystes sans les capitonner.

4 cas furent ainsi traités par Bobroff qui paraît avoir ignoré les communications antérieures de notre Maître ; dans un 5^e où la poche friable s'était déchirée et semblait commencer à suppurer (?) il fit un lavage à l'eau boriquée puis sutura comme d'ordinaire son incision hépatique. Les cinq malades ont guéri sans incident.

C. Garré de Rostock relate 4 succès dûs à la même méthode dans un article que nous n'avons pu nous procurer.

Enfin la discussion qui s'est ouverte pendant ces deux dernières années à la Société de Chirurgie de Paris (1) et les deux communications de M. Jonnesco (2) de Bucarest à cette Société et au récent Congrès international de Médecine ont fait du procédé de M. Pierre Delbet l'objet de l'attention de tous les chirurgiens.

1. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1899 et 1900.

2. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. N^o du 13 mai 1900 : Rapport de M. Delbet sur une communication de Jonnesco de Bucarest, et *Presse Médicale*, 1900, n^o 68.

III. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il nous semble indispensable de rappeler ici les principales constatations qui ont permis à M. Pierre Delbet l'application de son procédé.

Tout kyste hydatique présente deux enveloppes, l'une interne, vésicule-mère ou membrane fertile ; l'autre externe, membrane adventice. La vésicule-mère, blanc-jaunâtre ou grisâtre, demi-transparente, fait partie intégrante du parasite et doit être enlevée en totalité pour éviter toute chance de récurrence ; or il est toujours facile de la détacher, qu'elle vienne en totalité ou par lambeaux, parce qu'elle n'adhère pas à la membrane externe. Celle-ci, formée de tissu conjonctif fibreux parsemé de débris de l'organe envahi, appartient au sujet chez lequel s'est développé l'échinocoque ; elle se continue insensiblement avec le tissu même de l'organe et elle est ordinairement très vasculaire dans la zone où s'établit cette continuité : on l'enlève dans les cas exceptionnels où l'extirpation totale du kyste est possible ; dans son procédé M. Pierre Delbet la respecte, parce qu'il s'est assuré qu'elle ne sécrète rien et qu'elle se rétracte complètement et rapidement.

Appliquant autrefois le procédé de la marsupialisation,

notre Maître avait l'habitude de mettre dans la poche, au lieu de drains, des mèches de gaze et au premier pansement il retirait ces mèches complètement sèches ; ce n'était qu'au bout d'un certain temps que, par suite sans doute d'infection secondaire, la sécrétion s'établissait. La membrane fertile une fois enlevée, l'adventice ne secrète rien, tant qu'elle n'est pas infectée.

Accordant que la membrane conjonctive ne secrète pas au sens physiologique du mot, M. Quénu objecte que du moins elle peut laisser transsuder. L'examen histologique de la paroi externe de deux kystes du foie opérés par M. Segond a montré qu'il se fait dans cette paroi des dilatations des canalicules biliaires et des vaisseaux sanguins ; la paroi au niveau de ces dilatations ampullaires peut devenir extrêmement mince et même se rompre dans l'intérieur du kyste non ouvert, mais le plus souvent c'est après l'ouverture du kyste et l'évacuation de la membrane germinative que cette rupture se produit. Quand on incise en effet un grand kyste du foie on constate qu'une sorte de vide tend à se produire dans l'intérieur et cette tendance au vide est de nature à favoriser l'exsudation et même la rupture des dilatations ampullaires.

M. Quénu a opéré il y a 7 ans par incision et drainage une fillette de 14 ans d'un énorme kyste hydatique du foie non infecté : le premier pansement fut inondé de bile.

Chez un autre malade, il fit une ponction avec les soins aseptiques les plus rigoureux et retira un liquide eau de roche et stérile. Le lendemain la température s'éleva et l'on eut des signes de l'infection du kyste ; on fit la

laparatomie quelques jours après : le liquide renfermait de la bile et du bactérium coli. La décompression produite par la ponction avait amené la rupture de quelques canalicules biliaires péri-kystique (1).

Il est donc possible que la rupture des conduits déjà dilatés produise soit une hémorrhagie, soit un écoulement de liquide glandulaire. Cependant les hémorrhagies par l'adventice n'ont jamais, que nous sachions, été observées au moment même de l'opération, elles ne se produisent que plusieurs jours après et relèvent alors d'une infection.

Les canaux glandulaires peuvent être biliaires, pancréatiques ou urinaires. Nous ne connaissons pas de cas d'écoulement d'urine par un kyste hydatique ; l'issue de liquide pancréatique est fort rare. Reste la cholérhagie.

Les fistules biliaires qui se produisent dans les kystes hydatiques avant leur ouverture étant dues à l'usure mécanique des parois des conduits biliaires et à la rupture de leurs dilatations, il n'y a évidemment rien d'impossible à ce qu'on opère juste au moment où les canaux amincis n'ont plus de résistance et à ce que le vide produit par l'ouverture vienne précisément hâter leur rupture. Il peut y avoir là un obstacle à la réduction sans drainage, mais il se présentera bien rarement et nous verrons qu'il est possible d'y remédier.

Et si la rupture ne se produit pas au moment même de la décompression brusque due à l'opération, il y a bien moins de chances pour qu'elle se produise ensuite avec

1. Quénu. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*.
Séance du 10 janvier 1910.

le procédé de M. Pierre Delbet qu'avec la marsupialisation. Il n'est pas douteux en effet qu'un capitonnage même lâche, voire que le simple accollement des parois adventices soient de nature à empêcher cette rupture, ou tout au moins à limiter la cholerrhagie au point de la rendre inoffensive, à condition que la bile soit stérile. Il faudrait donc un concours de circonstances exceptionnelles pour que le danger fût réel; et nous montrerons que tout ne serait pas perdu d'ailleurs, alors même qu'il se produirait dans la poche adventice un épanchement, et que cet épanchement viendrait à suppurer.

Quant à la tendance qu'a la membrane fibreuse à se rétracter spontanément, elle est rendue évidente par la fréquence même des éventrations portant au point précis où la marsupialisation a été pratiquée chez les malades opérés par la méthode de Landau. Même épaisse et très vaste, l'adventice est capable de se rétracter complètement, sinon la poche en persistant ferait bouchon et empêcherait les intestins de distendre la cicatrice.

M. Potherat du reste avait déjà remarqué que certains kystes, même très volumineux, guérissaient très vite par la marsupialisation, alors même qu'aucune résection de la vaste poche n'avait été faite; si vite que cette guérison ne pouvait pas s'être effectuée par une cicatrisation du fond à la surface, mais qu'elle ne pouvait que résulter d'un accollement rapide des parois.

Ainsi la vésicule mère s'enlève facilement, la poche fibreuse restante ne secrète pas et se rétracte spontanément: M. Delbet a pensé dès lors pouvoir supprimer le drainage et refermer tout simplement la poche. Sa mé-

thode est parfaitement rationnelle : « Je ne fais, dit-il, qu'appliquer aux kystes hydatiques une loi de la chirurgie moderne, ce procédé est conforme aux tendances de laparotomistes ; la suppression du drainage a été la condition principale du progrès dans le traitement des kystes de l'ovaire, dans l'hystérectomie abdominale et dans presque toute la chirurgie du péritoine ».

IV. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous ferons au cours de ce chapitre de nombreux emprunts aux différentes communications de M. Pierre Delbet (1). Notre description vise surtout les kystes abdominaux, les plus fréquents.

Le kyste mis à découvert par une laparotomie vulgaire, on peut l'inciser immédiatement ; mais le plus souvent sa tension ne permet pas de l'attirer au dehors et l'incision d'emblée exposerait à répandre son contenu dans le péritoine. Il est donc préférable de faire d'abord une ponction aspiratrice avec un des appareils Potain ou Dieulafoy ; dès que la diminution de tension a permis au kyste de s'affaisser, on l'attire au dehors et après avoir préservé le péritoine, on l'incise largement.

A moins d'adhérences qu'il peut y avoir intérêt à respecter, il est très important de faire une grande incision ; cette pratique n'offre aucun inconvénient, puisque l'ouverture sera refermée complètement et a le précieux avantage de permettre d'explorer commodément tout l'intérieur de la poche. « Dans les grands kystes, dit

1. P. Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel Dieu, août, septembre 1897. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 14 mars 1900.

M. Pierre Delbet, je fais une incision suffisante pour y passer librement la main toute entière. » On peut ainsi palper toute la paroi et s'assurer qu'il ne reste aucune vésicule-fille, aucun débris de la membrane fertile, condition indispensable du succès; on pourra aussi dans certains cas reconnaître l'existence d'un ou plusieurs kystes adjacents au premier qu'il faudra ouvrir sur le champ. C'est ce qui est arrivé 2 fois à M. Routier; M. Bouglé en passant son premier point de capiton découvrit un deuxième kyste plus volumineux que le premier (Observation II). M. Quenu opérant un kyste hydatique qui remontait dans le thorax trouva successivement 3 autres poches contiguës. M. Peyrot, après avoir extirpé sans l'ouvrir la vésicule-mère, rencontra dans la même poche fibreuse deux vésicules exogènes (Observation XX). Avec la marsupialisation, il est arrivé qu'un second kyste méconnu au cours de l'intervention se soit ouvert ultérieurement dans le premier, prolongeant d'autant la durée déjà si longue du traitement.

La poche une fois ouverte, on commence par évacuer le liquide et les vésicules-filles, puis on extrait la membrane fertile presque toujours très facilement.

Il est pourtant des cas exceptionnels où cette membrane ne se détache pas de la paroi fibreuse. M. Peyrot a constaté un cas de ce genre où le kyste était si ancien que la vésicule-mère ne pouvait plus se séparer des parois adventices. Cette disposition a été décrite par Blanchard (1) : « Quand les vésicules secondaires internes

1. R. Blanchard, *Zoologie médicale*, tome 1, p. 435.

prennent un développement très considérable, elles peuvent distendre et dilater la vésicule-mère au point de lui enlever toute vitalité ; celle-ci entre alors plus ou moins en régression et peut passer inaperçue, adhérente qu'elle est au tissu conjonctif, à moins d'un examen attentif ».

M. Tuffier est tombé sur deux cas de cette nature ; il s'agissait dans l'un d'un kyste siégeant dans le cul-de-sac rétro-vésical, et dans l'autre d'un volumineux kyste du rein. Craignant de n'avoir pu enlever la membrane germinative en entier, il gratta la poche, lava au sublimé puis sutura. Les deux malades ont guéri parfaitement.

On pourrait peut-être suivre l'exemple de M. Tuffier, en face d'une adhérence anormale de la vésicule-mère ; mais dans les cas ordinaires il faut proscrire absolument le grattage. Nous savons que dans l'adventice, très près de la cavité, rampent en grand nombre des vaisseaux sanguins et, lorsqu'il s'agit de kystes du foie, des canalicules biliaires ; or gratter, c'est s'exposer à ouvrir ces conduits, à produire une hémorrhagie ou une cholerrhagie diffuses qui nécessiteraient le drainage.

La vésicule-mère enlevée, reste la poche formée par la membrane adventice. Faut-il laver cette poche ?

Nous pensons que les lavages sont complètement inutiles, puisque les kystes hydatiques sont stériles : à quoi peut servir de laver à l'eau bouillie ou à la solution chlorurée physiologique une cavité aseptique ? Quant aux solutions antiseptiques, elles nous paraissent plutôt nuisibles ; elles altèrent la vitalité, diminuent la résistance des éléments anatomiques et peuvent provoquer une exsudation qui justement gênerait la rétraction de la poche et

pourrait rendre le drainage nécessaire. Nous rejetons les lavages presque aussi formellement que le grattage.

M. Quénu qui a eu recours 3 fois aux lavages au sérum ou au sublimé a vu ses 3 malades suppurer (Observations VIII-IX-X) ; dans les mêmes conditions le malade de M. Bazy a suppuré aussi (Observation XVII). Sans prétendre qu'il y ait là une relation de cause à effet, on peut avancer du moins que tout ce qui complique une opération augmente les chances d'infection. M. Quenu a renoncé aux lavages.

M. Pierre Delbet se borne à assécher l'intérieur de la cavité avec des éponges stérilisées ou de la gaze aseptique.

A ce moment de l'opération on examine avec soin la paroi fibreuse pour s'assurer qu'il n'existe pas de fistule biliaire. S'il en existe, il faut en rechercher l'orifice et tenter de le fermer, comme l'a pu faire M. Pierre Delbet chez son deuxième opéré (Observation XXII, *in* thèse de Baraduc) ; avec des aiguilles coudées et courbées, il passa 3 fils qui obturèrent complètement la fistule.

Faut-il avant de refermer la poche réséquer le plus possible de la membrane adventice ? M. Pierre Delbet le juge complètement inutile : « La membrane adventice est un organe de défense ; quand le parasite, sa raison d'être, est complètement enlevé, elle se rétracte, elle se résorbe, elle se fond, lorsqu'elle n'est pas infectée, avec une si merveilleuse rapidité qu'il n'y a aucun avantage à en diminuer l'étendue. »

Nous arrivons au capitonnage de la poche qui consiste à accoler les 2 parois par des fils de catgut passés dans

leur épaisseur. Hâtons-nous de dire que ce n'est pas un temps indispensable de l'opération et qu'on peut, suivant les cas, y recourir ou le négliger.

M. Pierre Delbet fait le capitonnage avec des aiguilles à pédale coudées et très courbes ; pour les petits kystes, une aiguille de Reverdin courbe suffit. Des aiguilles courbes montées sur un porte-aiguilles remplissent naturellement le même office ; à Tunis, M. Delbet a opéré avec des aiguilles de Hagedorn qu'il avait seules sous la main (observation VII).

Nous citons textuellement notre Maître : « J'introduis l'aiguille dans la poche et je pique la membrane adventice par sa face interne ; l'aiguille chemine dans l'épaisseur de la paroi sans la traverser et ressort également par la face interne, de telle façon que son talon et sa pointe sont dans la cavité. Un gros catgut est accroché et ramené, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que le point d'appui soit solide ; comme l'adventice est résistante quelques millimètres suffisent. Je m'applique à ce que le fil chemine longuement dans la paroi de façon que les orifices d'entrée et de sortie soient éloignés de 1 cent. et demi à 2 cent. et plus. Le même fil est passé de la même façon au point symétrique de la paroi opposée et les deux chefs du fil sont saisis avec des pinces ; il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait presque impossible de passer les autres fils.

Je place ainsi 2, 3, 4 fils en commençant par les plus profonds. Quand on les noue on rapproche l'une de l'autre les deux parois opposées ; grâce au long cheminement

de chaque fil dans les parois, on arrive à aplatir des kystes considérables avec un petit nombre de points.

Je ne cherche point d'ailleurs à obtenir une suppression absolument totale de la cavité, ni à affronter les 2 parois opposées dans toute leur étendue ; il importe peu qu'entre les plis adossés il reste quelques sinus étroits (1). »

Si l'on ne fait point le capitonnage, il faudra avoir soin de bien aplatir la poche pour chasser l'air qu'elle contient avant de la refermer : elle ne pourra plus se dilater quand le kyste sera suturé.

Cette suture doit en effet refermer complètement la poche adventice. Si la paroi est mince, on passe les fils à la manière de Lembert ; quand la paroi est épaisse, un surjet ordinaire suffit à donner une occlusion parfaite.

M. Jonnesco recommande de fermer la poche par deux étages de suture : un surjet profond comprenant toute l'épaisseur de la tranche, un autre superficiel à la Lembert, adossant les lèvres par leur face externe. Evidemment il n'y a pas d'inconvénient à agir ainsi, mais il faut pour y réussir que la paroi soit très souple et quand la membrane est épaisse et résistante, le double plan de suture est impossible. Heureusement il n'est pas indispensable.

La poche une fois refermée est réduite dans la cavité abdominale sans fixation à la paroi, ce qui permet à tous les organes de reprendre leur place normale. Il n'y a plus qu'à refermer le ventre.

Telle est la façon de faire habituelle de M. Pierre Delbet ;

1. Société de Chirurgie. Séance du 14 mars 1900.

mais le 6 septembre 1897, opérant un malade porteur de kystes multiples de l'intestin (Obs. XXV *in* thèse de Baraduc) il pensa pouvoir réduire un certain nombre de ces kystes qui avaient le volume d'une noix ou d'une pomme d'api sans les suturer et le malade a parfaitement guéri. M. Ricard a obtenu récemment un beau succès en abandonnant complètement dans l'abdomen un kyste du foie du volume des deux poings sans l'avoir refermé (Obs. XXV). C'est d'ailleurs la pratique d'Hamilton Russell qui conseille de réduire le kyste évacué sans le drainer ni le suturer.

Aussi le procédé de M. Pierre Delbet comporte-t-il trois modes opératoires différents :

- 1° Réduction de la poche après capitonnage et suture ;
- 2° Réduction de la poche après suture, sans capitonnage ;
- 3° Réduction de la poche sans capitonnage ni suture.

Les trois façons de faire sont proportionnées à la gravité du mal, mais le principe de la méthode est toujours le même : réduire les kystes sans les drainer, sans les remplir, sans les fixer à la paroi ; et le but, éviter la marsupialisation, ses fistules et ses éventrations, en un mot abréger le plus possible la durée du traitement.

V. — DISCUSSION

Une méthode qui prétendait se substituer presque entièrement à la marsupialisation devait rencontrer d'ardents adversaires chez les défenseurs de l'ancien procédé ce fut surtout lorsque la question fut portée devant la Société de Chirurgie que s'élevèrent les critiques.

M. Segond objecta que le capitonnage devait être souvent bien difficile à faire avec assez de perfection pour que la coaptation exacte des parois évitât toute production kystique ultérieure. La réponse est facile : puisque l'adventice ne sécrète rien quand elle n'est ni irritée ni infectée, il ne peut se former aucune production kystique et la coaptation parfaite des parois n'est nullement indispensable ; peu importe donc qu'elle soit parfois impossible.

M. Quénu pensait que la méthode préconisée par M. Pierre Delbet ne pouvait être qu'un procédé d'exception, s'adressant à des cas particuliers de kystes petits et superficiels. Or notre Maître l'a appliqué systématiquement à tous les cas, sans exception, qu'il a rencontrés depuis le mois de décembre 1895 ; ces cas sont au nombre de 8, et sur les 8 kystes il s'en est trouvé 4 qui avaient une capacité de 2 à 3 litres, 2 qui contenaient 5 et 6 litres de liquide (obs. XXIV et VII) ; enfin le premier remplis-

sait tout l'abdomen au point d'avoir été pris pour un kyste de l'ovaire. Il n'est donc pas nécessaire que les kystes soient petits; il ne l'est pas non plus qu'ils soient superficiels, puisque dans la plupart des cas la paroi au point le plus mince était encore si épaisse qu'il a fallu renoncer à la réséquer, ce qui eut d'ailleurs été inutile.

M. Potherat a émis la crainte que le procédé ne fût pas applicable aux kystes adhérents aux organes voisins. Mais le capitonnage a été fait sur des kystes très adhérents, comme on en pourra juger en lisant notre observation VII ainsi que l'observation XXIV publiée par Baraduc; dans ce dernier cas, le kyste qui avait pour origine probable la vésicule biliaire était si adhérent au foie et à l'intestin qu'il ne restait pour l'aborder qu'une surface de 3 cent. carrés libre d'adhérences.

Nous avons hâte d'arriver à la plus grave objection qu'ait soulevée le procédé de la réduction sans drainage. Il est bien imprudent, a-t-on dit, d'abandonner dans le péritoine une poche aussi vaste, même rendue virtuelle : n'a-t-on pas à craindre une cholerrhagie ultérieure? N'a-t-on pas à redouter que la poche vienne à suppurar, ne se trouverait-on pas alors en face des plus graves accidents?

Quel est donc le mécanisme des cholerrhagies secondaires? Cet accident se produit à la suite d'une exfoliation ou même d'une ulcération légère de la membrane adventice, et cette exfoliation est due soit au frottement des drains, soit à une légère infection qu'il est bien difficile d'éviter quand on fait des pansements multiples. La

suture immédiate supprime précisément ces deux facteurs et l'argument se retourne contre la marsupialisation.

Mais, nous dira-t-on, si cette cholerrhagie relève d'une infection préalable du kyste, il y a là pour votre méthode un écueil particulier, le danger d'infecter la poche au cours de l'intervention. Cela est vrai ; la réduction sans drainage nécessite les soins d'asepsie les plus rigoureux, mais si cette condition du succès était une objection de quelque valeur, ne faudrait-il pas remettre en question toute la chirurgie moderne ?

Supposons cependant que la poche kystique ait été infectée, soit par un écoulement de bile septique, soit au cours de l'opération. Que va-t-il arriver ?

Voici ce que disait à ce sujet M. Pierre Delbet en décembre 1899 : « dans ce cas les conditions seront évidemment moins favorables après la suture totale qu'après le drainage, mais je ne crois pas que l'accident doive être irréparable. Je ne puis rien affirmer, n'ayant pas vu de cas de ce genre ; mais je considère comme probable que l'incision faite à la membrane adventice étant bien suturée, l'infection resterait limitée au kyste. Les choses se passeraient comme dans le cas où la suppuration survient avant l'opération, et on aurait le temps de rouvrir le ventre pour marsupialiser. »

Cette opinion soutenue *a priori* était parfaitement juste, les faits en ont apporté la meilleure des preuves. 6 kystes ont suppuré, sur les 30 cas que nous avons réunis ; voyons comment les choses se sont passées :

OBSERVATION VIII. — Opéré le 3 mars par M. Quénu.

Le 4, la température monte à 39°5 ; le 5, M. Quénu fait sauter les sutures ; il s'écoule un liquide louche et septique. Le kyste est drainé.

OBSERVATION IX. — Opéré le 8 mars par M. Quénu.

Pendant les 7 jours qui suivent, la température atteint le soir 39°, puis le 11^e jour elle redevient normale. Cependant, le 22, la plaie se rouvre spontanément, laissant écouler un liquide ressemblant à de la bile diluée et qui cultiva.

OBSERVATION X. — Opéré le 22 mars par M. Quénu.

Une partie de l'incision abdominale correspondant à la plaie suturée du kyste avait été laissée non suturée.

Le 4^e jour, un peu de liquide commença à suinter et le 7^e ou 8^e M. Quénu fut obligé d'installer un drain.

OBSERVATION XIII. — Opérée le 29 janvier par M. Quénu.

Suites d'abord normales ; les fils sont enlevés le 8 février. Le 9, la température commence à s'élever, elle atteint 39° le 13 au soir. Le 14, M. Quénu rouvre la poche et place un drain. Dès le 16, la fièvre a complètement disparu.

OBSERVATION XVII. — Opéré le 8 novembre par M. Bazy.

Le 16 et le 17, la température monte à 38°5 ; la poche est recouverte par M. Bazy et il s'en échappe un flot de pus très abondant. On place un drain.

OBSERVATION XVIII. — Opéré le 12 juin par M. Monod.

Le 13, le malade a 38°2 et souffre au niveau de la plaie ; le pansement est ouvert et on constate qu'un des crins s'est rompu. Le point de suture est rétabli et tout rentre dans l'ordre. Les fils sont enlevés le 25.

Tout allait bien quand le 1^{er} juillet la température monte à 39°2 ; du 2 au 8 elle oscille entre 38° et 39°5 ; il y a localement un peu de sensibilité à la pression. Le 10 juillet la cicatrice se rompt spontanément, donnant issue à un flot de pus et à deux hydatides. Un drain est placé dans la cavité.

Ainsi dans aucun de ces cas l'infection du kyste n'a eu de conséquences funestes ; ou bien on est intervenu pour faire sauter les sutures, ou bien la poche s'est d'elle-même rouverte à l'extérieur. Quand la suture a résisté, elle a protégé le péritoine, l'infection est restée limitée au kyste et l'on a eu le temps d'intervenir ; dans les autres cas les adhérences qui se forment si rapidement entre surfaces péritonéales ont permis à l'ouverture spontanée de se faire sans danger pour la séreuse. Les malades se sont trouvés dans la même situation que si l'on avait fait la marsupialisation d'emblée.

Il ne reste donc rien de sérieux de toutes les critiques formulées contre la réduction sans drainage ; l'examen que nous venons de faire des cas les plus malheureux doit convaincre déjà de l'innocuité du procédé. Ce serait

peu, si nous ne devions montrer plus loin son efficacité et la rapidité de la guérison complète, lorsque tout se passe normalement. C'est pourquoi après avoir soulevé tant de discussions la méthode ne rencontre plus aujourd'hui que des approbateurs.

VI. — INDICATIONS ET CONTR'INDICATIONS

Exception faite des cas rares où l'énucléation et l'extirpation de la poche seront possibles, nous pensons qu'en présence d'un kyste hydatique on devra recourir d'emblée au procédé de la réduction sans drainage, et par ce terme général de réduction sans drainage nous entendons l'un quelconque des trois modes opératoires indiqués plus haut.

Quel que soit le siège du kyste, on essaiera d'abord d'appliquer cette méthode; on n'y parviendra peut-être pas toujours, mais on y réussira, croyons-nous, dans la grande majorité des cas.

Tous les kystes hydatiques abdominaux sont justiciables de ce mode de traitement. Il est également de mise pour les kystes thoraco-abdominaux: M. Pierre Delbet a pleinement réussi dans un cas de kyste à développement thoraco-abdominal très volumineux; M. Broca, avec l'aide de M. Delbet, a suturé avec succès une poche assez vaste siégeant à la partie postéro-supérieure du foie.

Les kystes de la face supérieure du foie, à développement franchement thoracique, sont plus difficiles à traiter ainsi; pour tous les kystes thoraciques d'ailleurs, qu'ils aient pour origine le foie, le poumon, la plèvre ou le dia-

phragme, il est évident que le procédé sera souvent difficile ou même parfois impossible. Nous croyons cependant que la méthode s'étendra à certains de ces cas, sans pouvoir être plus affirmatif en l'absence de tout précédent. Il faut attendre les leçons de l'expérience.

En revanche, on conçoit facilement l'extension de la suture sans drainage à d'autres localisations des tumeurs à échinocoques, et nous apportons deux observations de kystes hydatiques du cou et de la région massétérine (Obs. XXVII et XXVIII) traités et rapidement guéris par la manière de M. Pierre Delbet.

Nous ne reconnaissons qu'une seule contr'indication, formelle, absolue, à la réduction sans drainage : c'est la suppuration du kyste. Dès que le contenu du kyste est infecté, ne fut-il que simplement louche, il n'y a pas à hésiter, il faut drainer la poche ; il serait insensé de réduire sans la drainer une poche qui suppure et la marsupialisation reste ici la seule opération rationnelle.

Il est vrai que l'incrustation calcaire de la paroi adventice poussée au point de rendre celle-ci inflexible peut être un obstacle sérieux à l'application de la méthode. Mais si l'on réfléchit qu'une telle incrustation ne se voit guère dans les kystes en voie d'évolution et ne se rencontre que dans de très vieux kystes aux hydatides depuis longtemps mortes, on reconnaîtra que cette contr'indication, pour réelle qu'elle soit, ne se présentera que bien rarement. M. Poirier est pourtant tombé sur un de ces cas et fut obligé de s'en tenir à la marsupialisation, malgré tout son désir de refermer la poche.

L'existence d'une fistule biliaire n'exclut pas le procédé

de M. Pierre Delbet, mais il est indispensable que son orifice ait pu être retrouvé et fermé par des sutures et que l'on n'ait aucune raison de craindre l'infection des voies biliaires.

Ces indications posées, en présence d'un kyste non suppuré à traiter par la réduction sans drainage, quand devra-t-on pratiquer le capitonnage de la poche ?

M. Delbet réserva d'abord la suture simple aux kystes de petites dimensions, mais les faits sont venus montrer qu'on pouvait se passer du capitonnage même dans des kystes d'un certain volume. Toutefois ce n'est pas le volume seulement qui commande le capitonnage et il faut faire entrer en ligne de compte la résistance de la poche. Voici ce que dit notre Maître : « Quand la paroi kystique est assez souple pour que la pression abdominale puisse aplatisir la poche vidée, le capitonnage est inutile. Par contre, il est indiqué quand la paroi est assez résistante pour faire équilibre à la pression abdominale. Dans ce cas, en effet, si on venait à réduire après suture sans capitonnage, il persisterait une cavité qui ne serait sans doute pas sans inconvénients et, même en supposant les conditions les plus favorables, mettrait beaucoup de temps à se rétracter. Ainsi j'ai fait le capitonnage pour un kyste qui n'était guère plus volumineux qu'un gros poing parce que la membrane adventice très épaisse, très résistante, en partie calcifiée, n'avait aucune tendance à s'affaisser ; la poche vidée conservait ses dimensions et sans le capitonnage elle les aurait sans doute encore conservées longtemps.

J'avoue qu'il n'est pas toujours aisé de discerner si la membrane adventice peut résister à la pression abdomi-

nale ou bien lui céder ; dans le doute je ferais le capitonnage qui ne peut avoir aucun inconvénient. »

Il est certain que le capitonnage peut être négligé dans nombre de cas. Il ne faudrait cependant pas en exagérer l'inutilité. Si M. Guinard y avait eu recours chez son malade (Observation XXIX) l'hémorrhagie post-opératoire qui s'est faite et qu'a révélée la matité de la poche ne se serait peut-être pas produite. Nous avons vu précédemment l'avantage que présente à cet égard le rapprochement des parois du kyste.

Enfin nous avons dit qu'on avait pu, dans quelques cas, réduire la poche sans la suturer, quand le volume du kyste n'était pas très considérable et que la paroi fibreuse se rétractait facilement. Cette pratique semble légitime, puisque la cavité ne secrète rien ; M. Ricard a guéri ainsi un kyste hydatique du foie du volume des 2 poings.

Nous pensons avec M. Pierre Delbet qu'il est préférable de refermer la poche pour éviter l'épanchement dans le péritoine d'un écoulement de bile ou de sang qui viendrait à se produire, si rare qu'en soit l'éventualité. Dans le cas de M. Guinard, on se demande ce qu'il fut advenu si tout le sang s'était écoulé dans le ventre par suite de l'absence de suture de l'incision. D'ailleurs la suture peut encore servir de moyen hémostatique pour la portion du foie que l'on est souvent obligé de traverser pour atteindre le kyste, comme l'a fait remarquer M. Routier. Nous n'oserions donc pas, quant à nous, réduire un kyste du foie sans l'avoir préalablement refermé.

VII. — RÉSULTATS

Nous espérons montrer la valeur de la méthode que nous préconisons à l'aide des 30 observations que nous avons groupées à la fin de cette étude et qui font en quelque sorte suite à celles qu'a publiées F. Baraduc il y a deux ans.

Sur nos 30 cas, 22 se rapportent à des kystes du foie ; 5 à des kystes de l'abdomen ; 1 à un kyste du rein ; 2 à des kystes du masseter et du cou. Le capitonnage suivi de la suture a été pratiqué 11 fois ; la suture sans capitonnage 18 fois ; enfin dans un cas on a fait la réduction sans suture.

Faisons d'abord remarquer qu'il n'y a pas eu de mort imputable à la méthode. Un des malades de M. Quénu a bien succombé 5 mois après l'intervention, mais il est mort de tuberculose pulmonaire dont il était déjà atteint lors de son entrée à l'hôpital Cochin ; son kyste avait suppuré et il avait fallu le drainer secondairement, mais la poche se comblait assez rapidement quand survinrent les grands accidents pleuro-pulmonaires. Le malade de M. Mignon mourut de syncope sous le chloroforme au début d'une seconde intervention. On ne saurait mettre ces deux morts au compte du procédé.

18 malades ont guéri rapidement et complètement, sans le moindre incident, comme on guérit d'un kyste de l'o-

vaire. Dans un espace de temps qui a varié de 15 à 30 jours, tous avaient quitté l'hôpital.

5 autres malades ont également guéri. Celui de M. Bouglé présenta 8 jours après l'opération un petit hématome suppuré au point de rencontre des deux incisions cutanées ; les crins furent enlevés et la plaie se ferma secondairement. La guérison n'a pas demandé cependant plus de trois semaines. (Observation II).

Chez la fillette opérée par M. Broca, l'élévation de la température et la persistance de quelques troubles firent émettre des doutes sur la guérison. Le ventre fut rouvert et nous avons pu constater avec M. Broca qu'il ne restait plus rien du kyste antérieurement traité. Les accidents ont d'ailleurs complètement disparu depuis cette seconde intervention qui n'eut pour effet que de détruire quelques adhérences péritonéales. (Observation XXVI).

Une des malades de M. Hartmann était sortie guérie de l'hôpital, quand, trois semaines après, il se produisit à la partie inférieure de la cicatrice cutanée un petit orifice fistuleux ; il donna lieu à un léger écoulement séreux qui se tarit au bout de quelques jours. La guérison fut alors définitive. (Observation XV).

Chez la femme opérée par M. Delbet le 12 septembre 1898 et qui présentait des signes de bronchite, la moitié supérieure de la plaie se rouvrit le 19 sous l'influence des efforts de toux, les fils ayant cassé. La plaie pariétale s'est réunie par seconde intention. (Observation I).

Enfin une opérée de M. Quénu guérit après une petite désunion tardive de la partie supérieure de la plaie, due probablement à une tuberculisation secondaire : cette

femme faisait concurremment de la tuberculose péritonéale. (Observation XII).

Dans ces 5 cas, il ne s'agit donc que de troubles légers, de suppuration superficielle, n'ayant rien à voir avec la méthode ; il n'est jamais survenu d'incident du côté du kyste lui-même. *C'est en somme un total de 23 guérisons.*

6 cas ont malheureusement suppuré. Nous avons vu qu'aucune conséquence grave ne s'en était suivi et que les malades s'étaient simplement retrouvés dans la même situation que si l'on avait fait d'emblée la marsupialisation. Nous avons fait remarquer également que dans 4 de ces cas les lavages de la poche au sérum ou au sublimé avaient coïncidé avec la suppuration ; il convient d'ajouter que dans un des cas de M. Quénu, le mauvais état général du malade dû à la tuberculose pulmonaire pourrait être rendu partiellement responsable de l'échec.

Il faut d'ailleurs convenir que M. Quénu est tombé sur une série malheureuse, puisque les $\frac{2}{3}$ de ses malades ont suppuré. Pour opérer sa 6^e malade il s'était pourtant entouré de précautions toutes spéciales d'asepsie, et lui et ses aides s'étaient munis de gants de caoutchouc stérilisés à l'autoclave. Il avait dû enlever la membrane fertile à petits coups de curette, mais n'avait plus fait de lavage. La paroi du kyste présentait une dégénérescence graisseuse et une incrustation calcaire assez marquées dans presque toute l'étendue de la poche.

Le malade de M. Monod avait été opéré le 12 juin et le 25 les points de suture avaient été enlevés. Cependant à partir du 1^{er} juillet la température s'élève et le 10 la cicatrice se rompt: il sort un flot de pus et deux hydatides.

Cet accident peut s'expliquer de différentes façons, mais le plus probable est qu'il existait un second kyste, suppuré celui-là, qui n'a pas été reconnu au cours de l'intervention et qui s'est ouvert ensuite dans la cavité du premier : ainsi se comprend l'issue des deux hydatides, alors qu'on n'en avait pas trouvé une seule en incisant le kyste. Quoi qu'il en soit, l'occasion est bonne d'insister à nouveau sur la nécessité de bien explorer de l'œil et du doigt les parois adventices avant de refermer : on évitera ainsi de laisser quelques vésicules-filles, quelques débris de la membrane germinative, et on pourra s'assurer qu'il n'existe pas de kyste adjacent au premier, ni de vésicules exogènes semblables à celles qu'a rencontrées M. Peyrot.

M. Mignon avait laissé au fond de la poche une vésicule et une partie de la membrane fertile ; le bas-fond de certains kystes n'est pas d'un accès facile et il est pourtant indispensable d'inspecter tous les recoins de la cavité.

Mais l'observation que M. Mignon a présentée à la Société de chirurgie n'en est pas moins fort intéressante ; la mort toute accidentelle du malade a permis de constater un mois après l'opération le résultat remarquable du capitonnage, même pratiqué dans des conditions relativement défectueuses. « Non seulement, dit M. Mignon, les parois s'accolent au niveau des parties rapprochées par les fils, mais cet accolement s'étend au-delà de la ligne de suture. Mes 6 points de suture s'étaient trouvés placés sur une ligne oblique de bas en haut et de gauche à droite et j'ai trouvé une occlusion du tiers de la cavité

kystique. Dans la portion réunie, le 2 parois étaient fusionnées et formaient ensemble un seul plan fibreux dans lequel étaient perdus les fils à suture. Il fallait une forte traction pour dédoubler le plan fibreux et il est probable que dans la suite ce dédoublement n'eût pas été possible. Ce travail s'est effectué aussi vite que la cicatrisation des parties molles (1). »

Lors d'une nouvelle intervention pour un deuxième kyste, M. Jonnesco a pu constater sur une de ses anciennes opérées le résultat de la suture sans drainage pratiquée 2 ans auparavant : la poche avait complètement disparu et à sa place il ne restait plus qu'une cicatrice dure, accolée à la face inférieure du foie. Nous-même avons pu nous rendre compte chez la petite malade de M. Broca qu'il ne restait plus trace visible du kyste opéré 4 mois avant. Ce sont là des constatations anatomiques du plus grand intérêt.

Enfin chez nos malades on n'a jamais noté d'éventration consécutive et plusieurs ont été revus 2 mois (Observ. II), 4 mois (Observ. I. XXVI, XXVII), 7 mois (Observ. XIX) après l'opération.

Nous pouvons maintenant ajouter à notre statistique celle de Baraduc. Cet auteur a réuni 9 cas de kystes traités par le capitonnage et la suture, 5 cas de M. Pierre Delbet, 1 de M. Nélaton et 3 de Posadas : 9 succès. Il en a rapproché 11 autres observations ayant trait à des kystes opérés par le procédé très voisin de Thornton-Billroth,

1. *Bulletins et Mémoires de la société de chirurgie*. Séance du 13 juin 1900.

suture et fixation de la poche à la paroi : 9 de ces kystes ont guéri très vite, 2 ont suppuré. En tout 20 cas, dont 18 guérisons et 2 suppurations.

Additionnés aux nôtres, ils donnent un total de 50 cas parmi lesquels 41 guérisons rapides, soit une proportion de 82 0/0.

Ainsi s'affirment la valeur de la réduction sans drainage et sa supériorité sur les autres méthodes : elle a fait justice du long cortège des fistules et des éventrations et elle a guéri en 3 semaines les kystes les plus volumineux. Comme c'est un procédé bénin, qu'aucun malade n'a succombé de son fait et que le pire échec n'est qu'un retour à la marsupialisation, son efficacité et la rapidité de ses résultats nous mettent en droit de dire qu'il est le procédé de choix.

OBSERVATIONS
DE
RÉDUCTION SANS DRAINAGE

OBSERVATION I

Kyste hydatique du foie. — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — PIERRE DELBET, *Société de Chirurgie*, 11 janvier 1899.

(Observation résumée).

Femme de 50 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 août. L'abdomen est très manifestement déformé par la tumeur qui descend jusqu'à l'ombilic ; cette tumeur est nettement hépatique et présente le frémissement hydatique. La femme est très émaciée, sans force ni appétit, oppressée, avec une teinte violacée de la face ; la température est normale. Il y a des signes de bronchite chronique et les antécédents donnent à penser qu'il s'agit de tuberculose.

Laparotomie le 12 septembre 1898. — Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Il est facile de constater que le kyste, bien qu'ayant un développement surtout abdominal, s'est cependant développé sur la face antéro-supérieure du foie qui a basculé. M. Delbet évacue le liquide par une ponction aspiratrice, puis ayant protégé le péritoine et attiré partiellement la poche au dehors, il l'incise largement et évacue la totalité des vésicules-filles et l'hydatide mère : 1 litre environ. La cavité étant bien asséchée, il resèque

une lanière de 2 cent. sur la lèvre gauche de l'incision kystique; du côté droit la paroi s'épaissit immédiatement et il n'est fait aucune résection. M. Delbet place 3 points de capiton, ferme complètement la poche par un surjet au catgut et suture en 3 plans la paroi abdominale sans faire le moindre drainage (2 surjets au catgut, suture cutanée au fil d'argent).

Dans l'après-midi, la malade tombe dans un état demi-comateux : stertor, pouls faible et lent. Vers 5 heures du soir, le chirurgien de garde, M. Villemin est appelé et pense à une hémorrhagie intra-péritonéale : il s'abstient de toute intervention, dans la crainte que la malade ne succombe sur la table d'opération.

Le lendemain, M. Delbet trouve cette femme très opprimée et dans un état de faiblesse extrême ; le pouls est misérable, mais plutôt ralenti qu'accélééré. On défait aussitôt le pansement et on constate qu'il n'y a aucune réaction péritonéale : le ventre est souple, indolent, sans aucune matité anormale. Dans les deux poumons, on entend des râles disséminés et la malade a expectoré quelques crachats nummulaires. 37°.4. Il s'agit probablement d'accidents d'intoxication hydatique joints à une aggravation par le chloroforme de la bronchite ancienne.

Le 14. — Tous les accidents graves ont disparu ; dans les jours suivants, le mieux s'accroît et la malade commence à manger.

Le 19. — En toussant, elle perçoit une sorte de craquement au niveau de la plaie et elle déclare qu'elle sent quelque chose de bien étrange qu'elle ne peut définir, mais qui lui paraît tout-à-fait anormal. Frappé de son insistance, on défait le pansement et on constate que la moitié supérieure

de la plaie est béante ; les fils d'argent et les catguts ont cassé ; par l'ouverture, on voit en bas un petit bourrelet épiploïque et dans tout le reste de l'étendue la partie inférieure de la suture hépatique qui tient parfaitement. La partie supérieure de cette suture est déjà remontée sous les fausses côtes, le foie ayant repris peu à peu sa place normale ; le pansement n'est d'ailleurs pas sali, il ne contient ni pus, ni sang, ni bile.

M. Delbet essaie de réunir de nouveau la plaie avec des crins de Florence, mais ces nouveaux points n'ont pas tenu et la plaie s'est réunie partiellement par seconde intention, sans que d'ailleurs la poche kystique se soit jamais ouverte. La malade est depuis longtemps guérie de son kyste, mais sa bronchite s'est aggravée.

OBSERVATION II

Double kyste hydatique du foie. — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — BOUGLÉ, *Société de Chirurgie*, 17 janvier 1900.

Justin E..., 14 ans ; hôpital des Enfants-Malades, service de M. Brun.

Examen le 22 août 1898. — On constate en dehors et à droite de la ligne médiane, sous le rebord des fausses côtes une tumeur arrondie, lisse, du volume d'une mandarine, de consistance rénitente, élastique, mate à la percussion ; cette tumeur est mobile dans les mouvements respiratoires et en continuité absolue avec le foie. Pas de frémissement. Etat général excellent.

Laparotomie le 3 septembre. — M. Bouglé incise la paroi

abdominale à droite de la ligne médiane sur la partie la plus saillante de la tumeur, il tombe d'emblée sur le kyste absolument libre d'adhérences ; après l'avoir isolé de la cavité péritonéale, il le ponctionne et retire environ 150 grammes d'un liquide clair, eau de roche. La poche dont la paroi est mince est saisie avec 2 pinces et attirée au voisinage de la plaie abdominale. La paroi est incisée largement et la vésicule-mère extirpée en totalité avec la plus grande facilité ; il n'existe pas de vésicules-filles.

Après avoir bien asséché les parois de la membrane adventice, M. Bouglé se met en devoir de pratiquer le capitonnage en se servant de l'aiguille à pédale coudée et courbe, suivant le conseil de M. Delbet. A la première piqûre sur la paroi gauche de la poche apparaît un jet de liquide limpide : l'aiguille avait pénétré dans un deuxième kyste non reconnu cliniquement et séparé du 1^{er}, par une assez mince cloison. Cette cloison est incisée, on constate qu'elle limite un kyste beaucoup plus volumineux que le 1^{er}, occupant tout le lobe gauche du foie, ce dernier étant réduit à une coque de 1 à 2 cent. d'épaisseur. Le contenu de ce 2^e kyste, purement liquide, est évacué avec des compresses stérilisées et la vésicule-mère s'extraît avec la même facilité que celle du 1^{er}. M. Bouglé fait sur la cloison une 2^e incision perpendiculaire à la 1^{re}, de façon à la relever en 4 lambeaux qu'il fixe par des catguts à l'adventice de la 1^{re} poche, transformant ainsi ce double kyste en une poche unique. Pour pratiquer convenablement le capitonnage du lobe gauche, il est forcé de se donner un peu de jour en faisant à la paroi abdominale une incision transversale perpendiculaire à la 1^{re}, de 6 cent. de long ; il fait de même, partant de la 1^{re} incision, une section

transversale sur le lobe gauche du foie, de façon à bien exposer la poche du 2^e kyste, et traverse ainsi une épaisseur de tissu hépatique de l'cent. environ.

Le capitonnage de la poche désormais unique est fait au catgut fort à l'aide 4 points en U. Malgré l'obligation de travailler à une certaine profondeur, ce temps opératoire est facilité par la minceur du parenchyme hépatique limitant la poche du lobe gauche qui en rend le plissement très aisé. L'accolement n'est pas parfait, la cavité kystique est effacée, mais il reste des fissures entre les parois foncées. Le parenchyme hépatique est ensuite suturé à la surface par des points séparés au catgut, modérément serrés. La paroi abdominale est refermée par une suture en surjet à 3 étages au catgut ; suture de la peau au crin de Florence. L'opération a duré 1 h. 1/4.

Les suites opératoires sont bonnes, l'état général excellent. Cependant le 6^e jour la température monte le soir à 38,1, retombe le lendemain matin à 37°,4 pour remonter le soir à 38°,3. On défait le pansement et on constate un peu de rougeur de la plaie transversale et un petit hématome suppuré à l'intersection des 2 plaies. Les crins sont enlevés, il y a désunion de la plaie transversale qui se cicatrise secondairement ; les plans profonds sont intacts. La température retombe progressivement à la normale ; 3 semaines après la cicatrisation est complète.

Le malade est revu le 8 novembre, 2 mois après ; la cicatrice est bonne, aucune menace d'éventration,

OBSERVATION III

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
T. JONNESCO, *Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899.

M. B. 27 ans. Entré dans le service le 21 mai 1898, malade depuis 3 ans et demi.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie, en dehors de la vésicule biliaire, du volume d'une tête d'enfant.

Laparotomie le 26 mai. — Incision latérale sur le point culminant de la tumeur; incision du kyste, évacuation de son contenu, liquide eau de roche. Extraction en fragments de la membrane germinative, nettoyage de la poche fibreuse à l'aide de tampons de gaze stérilisée; suture en deux étages de la plaie kystique; réduction suivie de suture de la plaie abdominale avec fils temporaires d'argent.

Suites opératoires des plus simples. Quitte l'hôpital complètement guéri le 18 juin.

OBSERVATION IV

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
T. JONNESCO, *Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899.

R. M. 28 ans, entré le 23 juin 1898, malade depuis 10 ans.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie, en dedans de la vésicule biliaire, du volume du poing, proéminent légèrement hors du tissu hépatique.

Laparotomie le 27 juin. — Incision médiane, épiploon adhérent à la tumeur; quantité de vésicules-filles de la

grosseur d'une noisette et d'une noix dans l'épiploon. Elles sont énucléées ou vidées et la poche est extirpée. Incision du kyste et évacuation, liquide eau de roche. Extirpation de la membrane germinative, suture et réduction sans drainage ni capitonnage. La plaie abdominale est suturée avec des fils d'argent.

Suites opératoires très simples. Le malade complètement guéri quitte l'hôpital le 17 juillet.

OBSERVATION V

Double kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison.

— T. JONNESCO, *Société de chirurgie*, 27 décembre 1899.

A. S..., 40 ans, entrée le 8 novembre 1898. Premières douleurs en avril 1898 ; a constaté à cette époque la tuméfaction du ventre.

Deux kystes hydatiques du foie, l'un sur la face inférieure du lobe gauche, du volume d'une tête d'adulte, en grande partie hors du tissu hépatique ; l'autre de la dimension d'une pomme, sur la face convexe du lobe droit, en grande partie inclus dans le foie.

Laparotomie le 12 décembre. — Incision médiane sus et sous-ombilicale ; foie énorme. Incision du kyste du lobe gauche, évacuation, liquide eau de roche. Extraction en totalité d'une seule pièce de la membrane germinative, tamponnement à la gaze stérilisée, suture de la poche à deux étages, réduction.

Incision, évacuation et suture de la deuxième poche ; ici il a fallu traverser une couche de tissu hépatique de 4 milli-

mètres. Cette poche ne contenait pas de vésicules-filles, mais simplement du liquide eau de roche. Membrane germinative extirpée. Suture de la plaie abdominale avec fils d'argent.

Suites des plus simples. Quitte l'hôpital le 4 janvier 1899 complètement guérie.

OBSERVATION VI

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
T. JONNESCO, *Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899.

E. A..., 43 ans, entré le 1^{er} juin 1899, malade depuis 6 ans.

Kyste hydatique volumineux de la face inférieure du foie.
Laparotomie le 4 juin. — Incision latérale sur le point culminant de la tumeur, longue de 12 centimètres, à partir des fausses côtes droites jusqu'au niveau de l'ombilic. Kyste de la grosseur d'une tête d'adulte ; il est fixe et on ne peut l'attirer dans la plaie abdominale. Incisé sur place, le péritoine étant protégé par des compresses de gaze stérilisée. Liquide eau de roche ; beaucoup de vésicules-filles ; la membrane germinative est extraite d'une seule pièce. Nettoyage avec des tampons de gaze stérilisée, suture de la poche à deux étages. Suture de la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites des plus simples. Quitte l'hôpital complètement guéri le 4 juillet.

OBSERVATION VII

Kyste hydatique du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — PIERRE DELBET, *Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899.

Jeune femme arabe de 19 ans, opérée à l'hôpital arabe de Tunis avec le concours du Dr Lovy.

Présente un kyste hydatique volumineux du foie, ayant étrangement déformé le thorax : il s'était développé au moins autant du côté du thorax en refoulant le foie que du côté de l'abdomen. Les 5 ou 6 dernières côtes des deux côtés, mais surtout à droite, étaient refoulées excentriquement, si bien que le thorax avait la forme d'une cloche largement évasée.

Laparotomie le 25 octobre 1899. — Le kyste incisé et vidé, (sa capacité était d'environ six litres), M. Delbet enlève la vésicule-mère et constate alors que la membrane adventice adhère à la face inférieure du foie dans presque toute son étendue. De plus toute la portion qui s'étendait de la colonne vertébrale à la paroi latérale de l'abdomen en passant devant le rein droit était complètement fixée dans la profondeur et absolument immobile. Le capitonage présentait donc des difficultés particulières, M. Delbet le fit cependant : par 4 points qu'il eut de la peine à placer parce qu'il n'avait pas les instruments dont il se sert d'habitude, il amena la moitié gauche de la vaste poche qui était assez souple bien que résistante au contact des parties fixes, puis sutura l'orifice par des points de Lembert et réduisit sans drainage.

La convalescence a été légèrement troublée par une bronchite, mais la malade a parfaitement guéri. M. le Dr Lovy

écrivait à M. Delbet le 25 novembre : « L'opération a réussi d'une façon idéale. J'ai fait le premier pansement le 9^e jour et enlevé les fils ; il n'y avait pas le moindre suintement. La base du thorax si évasée par le kyste s'était déjà rétrécie considérablement. En résumé, résultat parfait au point de vue opératoire et d'autant plus remarquable que la cavité était énorme ».

OBSERVATION VIII

Kyste hydatique du foie. — Lavage au sérum et suture sans drainage.
— Suppuration. — QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

B..., homme de 29 ans. N° 6, salle Boyer, hôpital Cochin. La tumeur hépatique avait été constatée pour la première fois 8 mois auparavant ; elle serait devenue plus grosse et plus douloureuse à la suite d'une purgation. Le malade a du dégoût pour les matières grasses, souffre beaucoup de son côté ; les douleurs irradient dans l'épaule droite, permanentes avec exacerbations nocturnes. La base du thorax est élargie, le foie déborde le rebord costal de 3 travers de doigt. Pas de fièvre. A cause des douleurs et des étouffements l'opération est avancée malgré un début de rhume.

Laparotomie le 3 mars 1899. — Le ventre ouvert, on ponctionne le kyste et on en retire 3 lit. 100 grammes d'un liquide un peu citrin ; on incise alors largement et on extrait la membrane fertile ; la poche est lavée avec du sérum stérilisé à l'autoclave, puis suturée et enfin fixée à la paroi abdominale.

Le lendemain, la température monte à 39°,5. Comme il existe chez le malade des signes de grippe, on attribue à

celle-ci l'élévation de la température, mais le surlendemain on fait sauter les sutures et il s'écoule du liquide louche et septique ; le premier liquide était stérile. Le kyste est drainé, mais la température reste au-dessus de la normale pendant une quinzaine de jours.

Le 1^{er} avril, le drain est supprimé ; le 5, il reste une cavité donnant une à deux cuillerées de liquide par 24 heures.

OBSERVATION IX

Kyste hydatique du foie. — Lavage au sérum et suture sans drainage.
— Suppuration. — QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

Homme de 21 ans, n° 21, salle Boyer, hôpital Cochin. Tumeur hépatique datant de 6 ans ; l'augmentation de volume s'est prononcée depuis 15 mois et s'est accompagnée de dégoût pour les aliments gras, d'inappétence générale et même de vomissements.

Il s'agissait d'un gros kyste, la ligne de matité verticale mesurant 25 centimètres à droite et 22 sur la ligne médiane.

Laparotomie le 8 mars 1899. — L'ouverture du kyste donne issue à 3 litres 150 de liquide trouble renfermant des pigments et acides biliaires, mais stérile. L'extirpation de la membrane fertile ayant été peu facile, on fit un lavage avec du sérum artificiel pour en extraire les débris et on assécha ensuite avec des compresses stérilisées. Une partie de la poche ayant été réséquée, les bords en furent suturés.

L'opération fut suivie le lendemain et les 6 jours suivants d'une ascension thermique à 39° et à 39°,2, la température matinale restant à 37° ; puis le 11^e jour la température revint définitivement à la normale.

Le 22 mars, la plaie se rouvrit spontanément et laissa s'écouler un liquide ressemblant à de la bile diluée et qui cultivée ; on ne mit pas de drain. Le 27, le liquide se teinta de sang ; le 7 avril il se déclara une hémorrhagie tellement abondante qu'on envoya chercher le chirurgien de garde qui eut recours au tamponnement.

Le malade quitte le service à la fin de mai, conservant une petite cavité.

OBSERVATION X

Kyste hydatique du foie. — Lavages au sublimé et au sérum, suture sans drainage. — Suppuration. — Mort ultérieure par tuberculose pulmonaire. — QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

H..., 23 ans ; n° 15, salle Boyer, hôpital Cochin. Présente un énorme kyste du foie dont le début paraît remonter à 3 ans. Au moment où il entre à l'hôpital, cet homme est oppressé, s'essouffle facilement ; il tousse et est sujet à de la diarrhée.

Laparotomie le 22 mars 1899. — On évacue par ponction. 5 litres et demi de liquide très clair, eau de roche. La membrane fertile est très friable ; on fait un lavage de la poche avec la solution très faible de sublimé, puis avec du sérum. La poche est ensuite suturée ; on laisse non suturée une partie de l'incision de la paroi abdominale correspondant à la plaie suturée du kyste.

Les suites sont d'abord les plus simples, mais le 4^e jour il suinte un peu de liquide et le 7^e ou le 8^e on est obligé d'installer un drain. La poche semblait se combler assez rapidement

quand le 4 avril se déclarèrent les signes d'une pleurésie suspecte. Le malade tousse, est manifestement tuberculeux ; il succombe au mois d'août avec tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au dernier degré.

OBSERVATION XI

Kystes hydatiques multiples du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

Femme de 43 ans, n° 10, salle Bichat, hôpital Cochin.

Laparotomie le 13 avril 1899. — M. Quénu tombe sur une dizaine de kystes de 150 à 200 grammes hérissant la surface du foie. Il traite 3 d'entre eux par le capitonage et la suture ; les autres furent incisés et drainés.

La guérison des premiers s'obtint rapidement et sans incident, avant celle des autres.

(Il ne nous a pas été possible d'avoir plus de détails sur ce cas).

OBSERVATION XII

Kyste hydatique du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — QUÉNU, *Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

Femme de 42 à 45 ans, n° 5, salle Bichat, hôpital Cochin.

Le diagnostic n'avait pas été fait ; en raison de la présence d'une tumeur épigastrique assez mobile jointe à une cachexie prononcée, on avait pensé à une tumeur de l'estomac.

Laparotomie, novembre 1899. — On trouva d'une part un kyste hydatique du foie, et d'autre part une éruption de gra-

nulations tuberculeuses du péritoine. Le kyste fut suturé après capitonnage, et le ventre lavé au sérum artificiel.

La malade guérit après une petite désunion tardive de la partie supérieure de la plaie, paraissant due à la tuberculisation de cette plaie.

OBSERVATION XIII

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Suppuration. —
QUÉNU.

Berthe F..., 48 ans ; entrée à l'hôpital Cochin le 24 janvier 1900, salle Bichat, n° 9, pour une tumeur de l'hypochondre droit dont elle s'est aperçue pour la première fois à l'âge de 31 ans. Est restée deux ans à la Pitié où elle a été traitée par l'iodure de potassium et des ponctions. Depuis, la tumeur a augmenté. Actuellement elle est mobile, fluctuante, suit les mouvements respiratoires ; peu de douleurs.

Laparotomie le 29 janvier. — M. Quénu et ses aides opèrent avec des gants de caoutchouc stérilisés à l'autoclave. Ils tombent sur une tumeur molle, rouge violacée, à laquelle adhère la vésicule ; le foie est refoulé à gauche. Ponction avec un fin trocart, rien ne sort. L'ouverture de la ponction agrandie laisse voir et passer une substance demi-solide, gélatiniforme, verdâtre, contenant des hydatides nombreuses. Cette substance est enlevée avec une cuiller, une pince à kyste et une curette ; après avoir vidé complètement le kyste, on prend avec une pipette un peu du liquide jaunâtre qui se trouve au fond en petite quantité. Ce liquide a été reconnu stérile.

La quantité de matière gélatineuse enlevée représente à

peu près le volume de deux oranges ; la membrane germinative est enlevée à légers petits coups de curette, et les débris évacués en frottant la cavité avec des compresses. Pas de lavage. Après excision des bords des parois du kyste qui ont été saisis entre les mors des pinces, la poche est suturée avec du catgut à points séparés ; la suture a la forme d'un Y. Suture de la paroi ; par un point la suture de la poche est maintenue contre celle de la paroi.

Suites d'abord excellentes ; pas de fièvre. Les fils sont enlevés le 8 février. Le 9, la température commence à monter ; des oscillations ascendantes atteignent 39° le 13 au soir. Le 14, M. Quénu rouvre la poche et place un drain, dès le 16, la température redevient normale.

Le malade quitte l'hôpital le 7 juillet, sa fistule fermée. Le 17 de ce mois, la fistule se rouvre spontanément.

Cette femme est rentrée à Cochin le 17 octobre ; elle n'a pas de fièvre, mais la fistule qui a été dilatée donne toujours un peu de liquide.

L'examen histologique de la paroi du kyste a montré la dégénérescence graisseuse et l'incrustation calcaire de presque toute l'étendue de la poche.

OBSERVATION XIV

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
HARTMANN.

Marie P., 30 ans, entrée le 24 février 1899, salle Chas-saignac.

S'est aperçue il y a 12 ans après un premier accouchement qu'elle avait une tumeur abdominale qui depuis n'a pas varié

de volume ; n'a jamais ressenti de douleurs aiguës à ce niveau, mais accuse une gêne constante, pénible, l'empêchant de marcher longtemps. En outre il lui est arrivé d'éprouver quelques heures après les repas de vives douleurs gastriques aboutissant à des vomissements alimentaires. Enfin depuis 3 mois, époque de son dernier accouchement, elle éprouve des tiraillements au niveau de la tumeur.

Examen. — L'inspection ne révèle rien, mais au palper on sent à droite, dans la région sous-hépatique, une tumeur arrondie, lisse, régulière, de consistance uniforme, bien limitée en bas où elle ne dépasse pas la ligne ombilicale, moins nettement limitée en haut où elle paraît se continuer avec le foie. On la déplace aisément latéralement et surtout en haut. On arrive à passer la main en arrière et en dehors de cette tumeur et on sent alors par le palper bimanuel une autre masse que l'on fait glisser entre les deux mains et qui paraît être le rein abaissé et mobile.

Laparotomie le 6 mars. — La vésicule apparaît saine, mais à gauche on tombe sur un kyste hydatique sessile de la face inférieure du foie. Une ponction ramène quelques gouttes de liquide transparent. On décolle des adhérences au côlon et à l'épiploon et on incise le kyste d'où s'échappent de nombreuses hydatides-filles. Après l'ablation de la membrane fertile qui s'enfonce par sa convexité supérieure dans le tissu hépatique, on essuie l'intérieur de la poche adventice à la gaze stérilisée, on en résèque la partie extérieure et referme le reste par un surjet à la soie. Pas de drain de la cavité kystique ; drain péritonéal de la poche résultant de la décortication de la partie extra-hépatique.

Suites excellentes. Sortie guérie le 5 avril.

OBSERVATION XV

Kyste hydatique du méso-côlon.^B — Suture sans drainage. —
Guérison. — HARTMANN.

Jeanne B..., 15 ans ; entrée le 28 août 1899, salle Chas-saignac, n° 23 *bis*.

Réglée à 14 ans ; depuis lors elle a ressenti de violentes douleurs dans la région du rein droit, irradiant dans l'abdomen et comparables à de fortes piqûres ; ces douleurs revenaient tous les 8 à 10 jours et cessaient par le repos au lit. En même temps la malade s'est aperçue que ses urines devenaient troubles de temps en temps, surtout au moment des crises douloureuses où elles étaient aussi plus abondantes et plus colorées.

Depuis un mois elle a constaté qu'elle avait dans le ventre une tumeur du volume d'une grosse orange.

Examen. — On constate une voussure dont le sommet est situé un peu au-dessous de l'ombilic, sur une ligne allant de l'épine iliaque A. S. à l'ombilic, à droite. Matité à la percussion ; au palper sensation de rénitence. Par la contraction des muscles de la paroi la tumeur semble s'enfoncer dans l'abdomen ; les mouvements imprimés dans la région ilio-costale lui communiquent une légère impulsion.

Au toucher vaginal, on trouve en arrière de l'utérus une partie un peu rénitente, et à droite de l'excavation une petite masse arrondie sans connexion avec l'utérus.

Laparotomie le 2 septembre. — Incision médiane sous-ombilicale ; l'épiploon est adhérent dans le petit bassin, on le détache et alors on voit émerger en dehors du cœcum et du

côlon ascendant une masse arrondie qui se prolonge sous le gros intestin et dans le flanc. Incision du péritoine qui la recouvre et essai de décollement en dehors. Comme ce décollement est assez difficile, M. Hartmann fait une ponction avec le gros trocart Potain ; il sort un peu de liquide, puis le jet s'arrête. On fait alors une incision qui permet de reconnaître qu'il s'agit d'un kyste hydatique contenant de nombreuses vésicules-filles. Vésicules-filles et vésicule-mère sont évacuées ; une petite portion de la poche libérée est réséquée et, après nettoyage à la gaze stérilisée, les lèvres de l'incision kystique sont rapprochées au catgut, sans drainage de la poche.

Des deux côtés, hydrosalpinx ; castration bilatérale. Fermeture de l'abdomen avec drainage de la cavité celluleuse résultant des essais de libération du kyste.

Suites bonnes, le drain superficiel est enlevé le 8, les fils le 10 et le 13 septembre. La malade sort guérie.

Trois semaines après, elle se plaint de quelques douleurs abdominales et un petit orifice fistuleux se fait spontanément à la partie inférieure de la cicatrice et donne un écoulement séreux assez abondant qui s'arrête au bout de quelques jours. Depuis, guérison définitive.

OBSERVATION XV'

Kyste hydatique du foie. — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — GÉRARD-MARCHANT, *Société de chirurgie*, 10 janvier 1900.

Femme de 46 ans, entrée en octobre 1899 à l'hôpital Boucicaut.

Déjà opérée onze ans auparavant pour un kyste hydatique du foie, à Bicêtre, par MM. Gérard-Marchant et Quénu.

Actuellement elle présente un kyste hydatique du lobe gauche du foie, avec tous ses caractères cliniques.

Laparotomie le 10 octobre. — Ponction, curettage et capitonnage du kyste ; celui-ci contenait environ 2 litres de liquide. Le capitonnage de la paroi du kyste fut rendu difficile en raison de sa situation profonde, sous-hépatique, et surtout de l'épaisseur de la paroi, laquelle se plissait difficilement. Enfin le kyste suturé fut réduit dans l'abdomen.

Par une sorte de crainte de routine, M. G. Marchant n'osa pas refermer complètement le ventre sans placer dans la paroi un drain destiné à retrouver le chemin du kyste en cas d'accident. Or le trajet du drain était encore à cicatriser alors que tout était fini du côté du kyste.

En moins de trois semaines cependant cette femme était radicalement guérie ; elle préféra certainement ce nouveau mode de traitement à celui employé pour le premier kyste.

OBSERVATION XVII

Kyste hydatique de l'abdomen. — Lavage au sérum et suture sans drainage. — Suppuration. — BAZY.

Camille C..., 35 ans, employé, entré à Saint-Louis le 3 novembre 1898.

Ce malade a déjà été traité par M. Bazy en février 1890, dans le service de M. Le Dentu, pour un kyste hydatique profond de la région rénale gauche. M. Bazy fit à cette époque une ponction suivie d'une injection de 40 grammes d'une

solution de sublimé qui restèrent dans la poche. Deux jours après, le malade eut une élévation thermique de près de 40°, avec chute le lendemain. On crut qu'il s'était agi d'une attaque de grippe avortée, toutes les précautions d'asepsie ayant été rigoureusement prises. Cependant la tumeur persistant dû être ouverte et il en sortit du pus. Le malade a d'ailleurs parfaitement guéri.

Examen. — Il présente actuellement une tumeur du flanc gauche ayant débuté il y a 2 ans 1/2, très voisine du siège de la première. Le côté gauche de l'abdomen est fortement bombé ; la tumeur très volumineuse s'étend du rebord des fausses côtes à la fosse iliaque et dépasse de 2 travers de doigt la ligne médiane ; elle est dure, fluctuante et peu mobile.

Laparotomie le 8 novembre. — Incision de 10 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit ; le péritoine est adhérent dans une grande partie de son étendue. Le kyste est ouvert et il s'en échappe immédiatement une grande quantité de liquide qui jaillit à environ 1 mètre de distance ; la poche est vidée et la membrane fertile retirée petit à petit. L'intérieur de l'adventice est nettoyé avec soin, lavé à l'eau stérilisée chlorurée et on résèque une partie de cette membrane. Après avoir constaté que le kyste est indépendant du rein au-dessous duquel il est situé, on ferme complètement la poche par une suture de Lembert.

Suture du péritoine par un surjet au catgut ; suture du muscle droit par le procédé de Jalaguier ; suture de la peau au crin de Florence ; pansement.

Le 16 et le 17, légère ascension thermique à 38°5 ; on rouvre la poche et il s'en échappe un flot de pus très abondant. On place un drain.

Le malade a quitté l'hôpital le 10 décembre ; il a complètement guéri.

OBSERVATION XVIII

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Suppuration. —
MONOD, *Société de Chirurgie*, 21 février 1900.

Il s'agit d'un homme qui avait été opéré une première fois par M. Monod à Saint-Antoine le 30 mars 1895 d'un volumineux kyste hydatique du foie par la marsupialisation ; il avait mis près de 8 mois à guérir.

Il revient en juin 1899 pour une nouvelle tuméfaction du foie ayant tous les caractères d'un kyste hydatique, moins considérable que le premier. M. Monod décida de suivre le procédé de M. Pierre Delbet.

Laparotomie, le 12 juin 1899. — L'incision faite au niveau de l'ancienne cicatrice conduit après section de quelques adhérences épiploïques sur la poche qui est ponctionnée ; 750 gr. de liquide clair. Tout le pourtour de la plaie garni avec des éponges, la paroi kystique est incisée : la cavité ne renferme aucune vésicule hydatique, on n'aperçoit que la membrane germinative qui la tapisse. Celle-ci est décollée avec les doigts et retirée tout d'une pièce. Le kyste se prolonge au loin sous le foie, sa surface interne est soigneusement asséchée à l'éponge ; puis, sans capitonnage, l'ouverture est fermée par un surjet au catgut. La paroi abdominale est suturée au crin sur un seul plan, sans drainage.

Le soir et le lendemain 13 tout va bien.

14 juin. — La nuit a été un peu agitée, le malade souffre au niveau de la plaie. Temp. 38°,2. Le pansement est ouvert

et on constate qu'un des crins s'est rompu et qu'une petite masse épiploïque sort entre les lèvres de l'incision à la hauteur de cette rupture. Ce petit fragment épiploïque est réséqué et le point de suture rétabli. La température revient à la normale et les douleurs cessent.

25 juin. — Les points de suture sont enlevés, la réunion est complète. Tout allait donc bien quand brusquement les choses changèrent de face.

Le 2 juillet. — En arrivant à l'hôpital, M. Monod apprend que son opéré a eu 39°,2 la veille au soir. Du 2 au 9 la température oscille entre 38° et 39°,5 ; il y a localement un peu de sensibilité à la pression, mais pas de tuméfaction ni de rougeur.

Le 10 juillet. — Rupture spontanée de la cicatrice, issue d'un flot de pus et de deux hydatides (à l'incision du kyste, on n'en avait pas trouvé une seule). Un drain est placé dans la cavité.

Dès le lendemain la température est retombée à la normale pour y demeurer. Le drain est laissé en place jusqu'à la fin d'août. La suppuration a été peu abondante et la poche est progressivement revenue sur elle-même. La cicatrisation est complète le 1^{er} septembre, le malade part le 9 pour Vincennes.

Il a été revu en octobre ; il allait bien, mais se plaignait de ressentir encore de la gêne et de la douleur au creux épigastrique et redoutait un troisième retour de son mal.

OBSERVATION XIX

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
SCHWARTZ, *Société de chirurgie*, 21 février 1900.

Femme de 50 ans, atteinte d'un kyste hydatique du lobe droit, proéminent en bas et en avant.

Laparotomie. — Incision à travers le muscle droit tendu en avant de la tumeur ; on arrive sur un kyste très tendu, à parois très minces, qui se prêtait admirablement à l'opération préconisée par M. Pierre Delbet, qui assistait d'ailleurs à l'intervention.

La ponction retira environ 3/4 de litre de liquide eau de roche ; la poche fut largement fendue, la membrane retirée, puis par une suture de Lembert au catgut la poche fibreuse fut refermée et enfin réduite. Il était inutile de faire le capitonnage, tellement les parois s'appliquaient facilement l'une à l'autre sous l'influence de la pression des anses intestinales.

La malade a eu les 3 premiers jours le soir 38°, sans aucun malaise général. Elle a parfaitement guéri. Elle a été revue par M. Schwartz tout récemment (octobre 1900).

OBSERVATION XX

Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — PEYROT, *Société de chirurgie*, 7 mars 1900.

(Observation résumée).

Lucie R..., 23 ans, cartonnrière. Entre à Lariboisière le 1^{er} février 1900.

A été opérée en février 1896 par M. Cazin pour un kyste

du foie rompu dans l'abdomen. Elle est sortie de l'hôpital après une deuxième intervention pour consolider la cicatrice de la première.

Examen. — La cicatrice ancienne est solide, plane, d'un très bon aspect. Dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique on sent au palper plusieurs masses plus ou moins profondes ; sur la ligne médiane l'une d'elles paraît grosse comme le poing. Au-dessous on sent une résistance diffuse ; enfin profondément le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie et rénitente. L'utérus est projeté en avant et en haut. La malade sent ces tumeurs se développer depuis deux ans, elle commence à souffrir beaucoup.

Laparotomie le 19 février 1900. — Incision médiane ; à la partie supérieure de cette incision on entre dans la cavité abdominale et on aperçoit le grand épiploon épaissi, œdémateux, d'un rouge grisâtre. Un kyste gros comme le poing est étalé à sa surface, qui touche le bord périphérique du côlon transverse. Le grand épiploon à sa partie terminale adhère fortement à la paroi abdominale et au fond de l'utérus. On le détache sans trop de peine ; il est infiltré dans toute sa partie libre de kystes qui font tous une saillie hémisphérique à sa surface. Il y en a une douzaine dont le volume varie des dimensions d'une pomme à celles d'une noisette.

M. Peyrot énuclée d'abord le grand kyste, puis détache toute la partie du grand épiploon qui porte les autres kystes, en rasant de près le côlon transverse. Reste le grand kyste du bassin, on l'aperçoit résistant, rond, d'un blanc brillant, derrière l'utérus qu'il refoule : il remplit tout le petit bassin. Il semble qu'on pourrait l'enlever tout entier avec sa membrane fibreuse si on voulait le décoller patiemment.

M. Peyrot préfère déchirer avec l'ongle cette membrane fibreuse sur l'étendue de quelques centimètres ; aussitôt une grande vésicule fait hernie, qui peu à peu est amenée tout entière au dehors sans être ouverte. Ainsi intacte, elle pèse 1400 grammes. Inspectant la face interne de la poche fibreuse qui reste, on y découvre deux autres hydatides, l'une grosse comme une pomme, l'autre de la dimension d'un petit pois, un peu adhérente à la membrane fibreuse. Ces deux vésicules étaient contenues dans la même enveloppe que la grande, mais en dehors d'elle.

Avec une aiguille courbe de Reverdin, M. Peyrot put passer en tout sens un catgut d'une paroi de la membrane à l'autre, et faire disparaître la cavité qu'il ferma par un dernier catgut porté sur l'ouverture froncée.

L'opération avait été un peu longue ; l'hémostase n'était pas parfaite : 2 gros drains de caoutchouc furent laissés, puis retirés le 2^e jour.

Les suites ont été absolument simples, sans élévation notable de la température. La guérison est complète.

OBSERVATION XXI

Kyste hydatique du rein droit.—Capitonnage et sutures sans drainage.

— Guérison.— LEJARS, *Société de chirurgie*, 8 mai 1900.

(Observation résumée).

Il s'agit d'une femme adressée à M. Lejars par M. le Dr Pascal avec une grosse tumeur occupant le flanc droit et une grande partie de la fosse iliaque, plus grosse qu'une tête d'adulte, fluctuante, régulière, lisse, indolente et présentant une sorte de frémissement spécial. Pas de troubles urinaires.

Opération le 27 mars 1900. — Incision verticale d'environ 12 cent. à 4 travers de doigt de la ligne médiane ; on arriva sur une poche rétro-péritonéale qui fut ponctionnée d'abord, et donna issue à un litre environ de liquide clair mêlé de débris de vésicules hydatiques. Le kyste fut incisé sur toute la longueur de la plaie et toujours dans le plan sous et rétro-péritonéal, le péritoine refoulé d'ailleurs par la tumeur restant intact.

Il s'échappa de la poche une quantité considérable de vésicules et après avoir déblayé la cavité jusqu'au fond, on amena sans difficulté la membrane-mère, décollée, en 3 gros segments.

M. Lejars chercha alors à exciser le plus possible de la paroi kystique, grisâtre, épaisse de 5 à 8 mm. et relativement souple dans la plus grande partie de son étendue. Pour cela, il ouvrit le péritoine, décolla une nappe épiploïque adhérente au côté interne de la tumeur et attira largement au dehors toute la masse. Il fut aisé de constater à ce moment que le kyste avait pris naissance dans le segment inférieur du rein et que le reste du parenchyme paraissait normal.

Plus des 2/3 de la poche, qui du reste s'épaississait dans la profondeur et laissait à la coupe suinter un peu de sang, furent réséqués ; il restait un cul-de-sac de la largeur approximative de la main que M. Lejars se mit en devoir de fermer par le capitonnage. Ayant essuyé avec une compresse stérilisée sèche la face interne de ce recessus, il faufila dans l'une et l'autre de ses parois 4 ou 5 catguts n° 0 et chacun de ces fils séparés fut noué superficiellement, réalisant un accolement exact des deux versants. Enfin la brèche réduite

dès lors à une simple fente fut fermée par un catgut à la Lembert. L'incision abdominale fut réunie en trois plans.

La guérison eut lieu sans le moindre incident. Au vingtième jour l'opérée quittait l'hôpital. L'état général est excellent, la cicatrice est régulière, souple, mobile et la région indolente quand la malade est présentée à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION XXII

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. —
ROUTIER, *Société de chirurgie*, 6 juin 1900.

(Observation résumée).

Mme M..., 39 ans. Toujours bien portante jusqu'à il y a un an, époque à laquelle elle commence à ressentir des douleurs dans le ventre un peu au-dessous de la région du foie. Il existe une tumeur hépatique dans la région de la vésicule, cette tumeur est fluctuante. Les douleurs sont devenues intolérables.

Laparotomie le 17 mai 1900. — M. Pierre Delbet assiste à l'opération.

Incision sur le point le plus saillant à travers le muscle droit, parallèlement à ses fibres. Il y a de la péritonite, le kyste est adhérent à la paroi et est ouvert inopinément ; il en sort une grosse vésicule transparente et du liquide clair.

La membrane fertile est enlevée, la cavité soigneusement asséchée et M. Routier fait un surjet au catgut sur les bords de la cavité qui se déchirent sous la pression du fil. La surface péritonéale du foie était couverte de plaques verdâtres, la paroi abdominale aussi.

Malgré cela, sur le conseil de M. Delbet, M. Routier referma la paroi par une suture complète.

Le lendemain la malade avait 37° (38° avant l'opération) qu'elle n'eut jamais quitté sans doute sans une congestion pulmonaire qui a provoqué des ascensions à 39°. Les fils furent enlevés le 11^e jour et la malade était complètement guérie 20 jours après l'intervention.

OBSERVATION XXIII

Kystes hydatiques de l'abdomen. — Capitonage et suture sans drainage. — Mort accidentelle un mois après, nécropsie. — MIGNON, *Société de chirurgie*, 13 juin 1900.

(Observation résumée).

Militaire vigoureux, 24 ans ; entré au Val-de-Grâce avec une tumeur scrotale ayant les caractères d'un kyste du cordon. En l'examinant on s'aperçoit qu'il existe dans la région hypogastrique une tumeur médiane, facile à circonscrire, plongeant dans le petit bassin, du volume d'un utérus gravide de 6 mois. Le toucher rectal révèle une poche à contenu liquide entre le rectum et la vessie. Malgré quelques autres troubles (foie gros, troubles urinaires), M. Mignon porte le diagnostic de kyste rétro-péritonéal.

Laparotomie le 25 avril 1900. — Incision médiane, sous-ombilicale ; ponction au trocart et issue de 1500 gr. liquide eau de roche. Incision transversale du kyste, extraction de la membrane germinative de 7 à 8 mm. d'épaisseur, issue d'une dizaine de petites vésicules de la grosseur d'une cerise. Quand la tumeur est flasque on ferme la cavité péritonéale par la réunion des péritoines antérieur et postérieur.

La poche vide est aussi large que le diamètre du détroit

supérieur, elle plonge profondément dans le petit bassin, elle est immobile et adhérente à l'intestin et à la vessie.

Ecouvillonnage de la poche avec des tampons de gaze sèche ; capitonnage de la partie accessible des parois antérieure et postérieure de la cavité à l'aide de 6 points de suture à la soie enfoncés aussi loin que possible ; fermeture à la soie de l'orifice du kyste ; suture des parois abdominales, avec un petit drain entre la tumeur et la vessie.

3 petits kystes du volume d'une lentille, inclus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans la lèvre gauche de l'incision, ont été excisés au cours de l'opération.

La journée se termine dans le calme ; 36°,5 ; pouls 80. Le 26 des symptômes font craindre une infection péritonéale ou une intoxication de l'organisme. Mais dès le lendemain 27, le calme renaît et 7 jours après, le 2 mai, la guérison est assurée. Le 3, le drain est enlevé ; le 18, le malade se lève et le 25 la tumeur scrotale ayant presque disparu il aurait pu quitter l'hôpital si M. Mignon, convaincu devant l'énorme hypertrophie du foie que cet organe contenait un ou plusieurs kystes, n'avait proposé une deuxième intervention.

Elle est fixée au 30 mai. Le malade meurt sous le chloroforme dès les premières aspirations.

Nécropsie. — La poche du petit bassin qui avait été vidée et suturée le 25 avril était reliée à la paroi antérieure de l'abdomen par un cordon fibreux du volume du pouce représentant le trajet du drain. Les parties restantes du kyste formaient entre la vessie et le rectum une cloison transversale aplatie d'avant en arrière et émergeant un peu au-dessus du détroit supérieur. La vessie y adhérait intimement

ainsi qu'une partie de l'S iliaque et une lame du grand épiploon.

M. Mignon ayant éviscéré tout le contenu du petit bassin en fait la dissection sur la table ; il trouve une poche flasque renfermant encore du liquide, ayant extérieurement l'aspect d'une aponévrose, étranglée, bilobée en gourde de pèlerin. La partie supérieure mesurait 7 centimètres de diamètre, l'inférieure 14 ; l'étranglement était évidemment le premier résultat du capitonnage.

La cavité supérieure contenait une cuillerée à café de liquide jaunâtre ; l'inférieure était réduite d'un tiers par accollement du tiers gauche de ses parois, la portion restante de la cavité renfermait une quarantaine de grammes de liquide jaune avec des masses de mucus en suspension et une membrane jaune d'or qui a présenté à l'histologie la structure de la paroi des vésicules hydatiques. La cavité contenait aussi une portion de la membrane germinative et une vésicule de la grosseur d'une cerise.

A l'endroit où l'adhérence des parois s'était produite, dans le tiers inférieur et latéral gauche du kyste, les parois avaient ensemble une épaisseur de 12 à 14 millimètres ; l'accolement était déjà très intime et il fallait une forte traction pour les dédoubler. La surface de séparation présentait un aspect fibroïde. Les fils à suture furent retrouvés au milieu du tissu des deux parois ; ils formaient une ligne oblique de bas en haut et du bord gauche au bord droit du kyste, ils avaient donc été placés plus bas à gauche qu'à droite.

Le fait capital est l'accolement du tiers interne de la poche kystique par une simple ligne oblique de sutures.

L'examen bactériologique du contenu de la poche y révéla

le bacterium coli, un diplocoque à très gros grains prenant le Gram et des cocci plus petits.

La nécropsie révéla une véritable échinococcose à localisations dans le foie, le diaphragme, la rate, le poumon droit, l'épiploon, le cordon spermatique.

OBSERVATION XXIV

Kyste hydatique du ligament large. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — PIERRE DELBET.

Julie P..., 46 ans, journalière. Entrée le 21 août 1900 à l'Hôtel-Dieu, n° 15, salle Saint-Jean.

Réglée à 15 ans ; a eu l'influenza à 39 ans ; une congestion pulmonaire à 42 ans. Elle a continué à tousser et à cracher depuis cette époque.

Ce fut peu de temps après sa congestion pulmonaire que son ventre commença nettement à grossir, sans beaucoup de douleurs. Le côté droit fut le premier atteint. En dehors d'une sensation de gêne et de pesanteur, elle accuse des douleurs intermittentes et lancinantes dans le côté droit. Ces douleurs sont exagérées par la pression, la malade ne peut se tenir couchée sur le côté droit et se dit oppressée. L'état général est assez bon, sauf un peu de fièvre de temps à autre et quelques vomissements glaireux. Bien réglée, pas de métrorrhagies.

Tout le ventre est ballonné et volumineux ; on sent une tumeur de consistance élastique, fluctuante, assez nettement circonscrite et descendant jusqu'à l'utérus.

Laparotomie le 25 août 1900. — Incision médiane sous-

ombilicale, ouverture de la poche contenant environ 5 litres de liquide citrin. La poche vidée est asséchée à l'aide de compresses stérilisées, et M. Pierre Delbet fait quelques points de capitonnage. Suture de la poche. Pas de drain. Ligature des artères ; suture en trois plans de la paroi abdominale.

Les fils sont enlevés le 4 septembre, la suture est parfaite. La malade sort le 15 septembre, complètement guérie.

OBSERVATION XXV

Kyste hydatique du foie. — Réduction sans suture. — Guérison. —
RICARD.

Jeanne J..., 30 ans, femme de chambre. Entrée le 1^{er} octobre 1900, à l'hôpital Saint-Louis, n° 8, salle Gosselin.

Depuis environ 2 ans cette femme éprouvait de la gêne à supporter son corset. Elle eut une grossesse il y a 15 mois et constata avec étonnement que son ventre se développait surtout dans la région sus-ombilicale ; elle fit une fausse couche de 3 mois, à la suite de laquelle le ventre ne diminua pas de volume. Depuis cette époque il a continué à grossir ; en même temps la malade se plaint de douleurs intermittentes dans le côté droit, irradiant vers le dos.

Examen. — Tumeur nettement visible au-dessus de l'ombilic, dépassant la saillie thoracique. A la palpation on sent un globe dur, non fluctuant, situé sur la ligne médiane, du volume des 2 poings, faisant nettement partie du foie avec lequel il se confond à droite, mobile à la respiration. Pas de frémissement hydatique.

Laparotomie le 3 octobre 1900. — Incision médiane sus-ombilicale. Le péritoine ouvert, la tumeur apparaît, blanche :

incision, issue d'un litre de liquide eau de roche, pas de vésicules-filles. Les 2/3 de la poche sont inclus dans le foie et ont le volume d'une grosse orange.

Evacuation de la membrane fertile extrêmement facile à enlever. Pas d'hémorrhagie. Il n'est pratiqué aucune résection de la paroi, aucun lavage de la poche qui se rétracte facilement.

Abandon complet de la poche sans suture. Fermeture de la paroi abdominale. L'opération n'a pas duré 10 minutes.

Suites excellentes. Les fils sont enlevés le 10, la suture est parfaite. La malade sort guérie le 23 octobre, après avoir présenté à la fin de son séjour à l'hôpital quelques symptômes d'embarras gastrique.

OBSERVATION XXVI

Kyste hydatique du foie. — Capitonage et suture sans drainage. — Guérison. — BROCA.

Lucie S..., 13 ans, entrée le 8 juin 1900 à l'hôpital Trousseau.

Cette fillette a joué avec un chien pendant toute son enfance; à 6 ans elle s'est aperçue pour la première fois d'une grosseur dans le ventre et à 9 ans, étant entrée en pension, elle fut examinée par un médecin qui pensa à une lésion pottique. Elle dit avoir éprouvé de la gêne et même des douleurs au niveau de la tumeur pendant plusieurs mois. Elle est venue à Paris pour se faire soigner.

Examen. — A l'inspection on note une énorme voussure, les côtes sont déjetées en haut et en dehors et les espaces intercostaux élargis; il y a un peu de circulation supplémentaire.

Le foie est très gros, dur, rénitent; pas de fluctuation ni de frémissement. La matité s'étend uniformément de la quatrième côte à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal.

M. Broca diagnostique un kyste hydatique.

Laparotomie le 15 juin. — Incision de 10 centimètres, à droite, sur le bord externe du grand droit. On tombe sur une vaste poche du volume d'une tête de fœtus à terme siègeant et saillant à la partie postéro-supérieure de la face convexe du foie. Incision du kyste et évacuation du contenu. La vésicule-mère enlevée, M. Broca procède avec l'aide de M. Pierre Delbet présent à l'opération au capitonnage de la poche par 3 points au catgut. La poche est enfin suturée et réduite dans l'abdomen sans drainage. Suture de la paroi, pansement.

16 juin. — L'état général est assez bon, mais la température atteint le soir 39°; l'enfant se plaint de quelques tiraillements au niveau de la plaie.

17. — Temp. 38°, 7. 18. — Temp. 39°. Pas de douleurs abdominales, mais toujours des tiraillements.

Pendant tout le mois qui a suivi l'intervention la température a présenté des élévations fréquentes atteignant parfois 39°; puis les oscillations ont diminué, mais le thermomètre n'est jamais redescendu à la normale.

En outre le ventre est resté ballonné et la malade se plaint actuellement (*examen du 13 octobre*) d'une douleur à la pression au niveau du bord externe du grand droit, un peu au-dessous du rebord costal; à plusieurs reprises elle a eu également des douleurs dans l'épaule droite durant plusieurs jours. L'état général s'est maintenu assez bon, bien que la

peau ait eu parfois une teinte un peu jaunâtre et terreuse ; l'appétit est presque nul.

Depuis environ 1 mois le ventre a pourtant diminué de volume d'une façon notable ; dans le décubitus dorsal, le rebord costal gauche est très nettement apparent et le droit commence à le devenir, bien qu'on note encore une voussure très nette dans l'hypochondre droit.

2^e *laparotomie* le 15 octobre. — M. Broca s'est décidé à rouvrir le ventre. Incision parallèle à l'ancienne cicatrice, à 1 travers de doigt en dedans.

Il existe des adhérences entre la paroi et la face convexe du foie ; cet organe est assez volumineux, mais paraît être surtout abaissé. Il ne reste plus trace du kyste opéré il y a 4 mois. Le foie a sa couleur normale et il n'est pas possible d'y percevoir un changement de consistance dans un point quelconque. La face inférieure facilement explorable ne présente rien d'anormal.

La paroi abdominale est suturée. Cette intervention a du moins permis de constater la guérison complète du kyste opéré le 15 juin.

16 octobre. — La température monte à 39°,5 le soir.

17 octobre. — 38° le soir. Depuis le 18 la température est revenue et s'est maintenue à la normale. La fillette ne ressent plus aucune douleur, l'appétit revient et l'état général s'améliore.

OBSERVATION XXVII

Kyste hydatique de la région massétérine gauche. — Suture sans drainage. — Guérison. — JUVARA.

Mlle E. V..., 20 ans. Vient consulter pour une tuméfaction de la joue gauche, poussée simplement par un sentiment de coquetterie.

La joue gauche est déformée par une saillie arrondie du volume d'une noix, s'étendant en bas à 1 centimètre du bord inférieur du maxillaire ; en avant elle atteint le bord antérieur du masseter, en arrière elle est séparée par un travers de doigt du lobule de l'oreille. Sous la peau qui est mobile on sent une tumeur lisse, régulièrement circulaire, de consistance molle et nettement fluctuante ; très peu mobile dans le sens vertical, elle l'est davantage dans le sens horizontal, mais si l'on prie la malade de serrer les dents, la tumeur devient absolument fixe en même temps qu'elle durcit.

M. Juvara croyait à un kyste salivaire développé probablement dans la glande parotidienne accessoire.

Opération. — Anesthésie à la cocaïne. Incision transversale longue de 2 centimètres ; sous la peau apparaît la paroi blanche du kyste qui est ouvert de la pointe du bistouri. Il jaillit un liquide clair, puis une membrane ayant l'aspect du blanc d'œuf cuit fait hernie dans la petite incision. Du bout de la pince on retire en entier cette membrane qui n'est autre chose que la membrane germinative d'un petit kyste hydatique.

La poche est enfouie dans l'épaisseur du masseter qu'elle

a décollé dans une certaine étendue du maxillaire et avec lequel elle adhère étroitement. Essayer de disséquer cette membrane eût été très difficile et absolument inutile. M. Juvara décida de la laisser en place suivant le procédé de M. Pierre Delbet. Avec un fin catgut il ferma l'incision faite à la paroi conjonctive du kyste, et avec deux points sutura la plaie cutanée. Pansement légèrement compressif. L'opération n'a duré que quelques minutes.

Le 6^e jour le tout est fini. 4 mois après c'est à peine si l'on reconnaît une cicatrice.

OBSERVATION XXVIII

Kyste hydatique du cou. — Suture sans drainage. — Guérison. —
LEGUEU.

Auguste C..., 21 ans, employé. Entré le 28 août 1900 à Saint-Louis, n° 36, salle Nélaton.

Cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital s'est aperçu d'une grosseur située à la partie latérale du cou, en arrière de l'angle du maxillaire.

A l'examen on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite orange et fluctuante. Peau normale. On fait le diagnostic d'adénite bacillaire suppurée.

Opération. — M. Legueu fait une incision et dissèque la poche. Au cours des manœuvres, rupture de la poche, issue de liquide clair eau de roche ; pas de vésicules-filles. La membrane fertile est enlevée facilement et la poche suturée. Suture de la peau.

Suites excellentes. Le malade sort guéri le 29 septembre.

OBSERVATION XXIX

Double kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. — Guérison. — GUINARD, *Société de chirurgie*, 31 octobre 1900.

Homme de 48 ans, cantonnier, entré le 24 septembre 1900 à l'hospice de Bicêtre, n° 9, salle Nélaton.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie était évident, la tumeur fluctuante bombait au-dessous des fausses côtes droites.

L'état général était mauvais ; il y avait de la bronchite chronique avec emphysème ; tous les soirs la température montait à 38 ou 38,5 ; la veille de l'opération elle atteignit même 39,4. Il est probable que le malade n'aurait pas survécu à l'opération ancienne suivie d'une fistule interminable. L'intervention était indiquée par la douleur et la gêne respiratoire.

Laparotomie le 1^{er} octobre 1900. — Incision sur la saillie très apparente au-dessous des fausses côtes droites ; ponction et issue de 500 gr. de liquide clair ; incision du kyste, extirpation de la vésicule en totalité, pas de vésicules-filles.

Il semble que le fond du kyste bombe ; une ponction ramène 600 gr. de liquide clair ; en incisant la paroi de séparation des deux parties, grosse hémorrhagie veineuse, sang noir qui bouillonne ; extirpation de la seconde vésicule.

Pas de lavage, pas de grattage ; les poches sont asséchées ; la poche profonde est fermée par un surjet au catgut, ainsi que la poche antérieure ; la paroi abdominale est enfin suturée, sans y fixer le kyste.

Les jours suivants il y eut un peu de rougeur autour des

crins cutanés, mais la guérison est en somme parfaite. Huit jours après il y avait de la matité, due sans doute à un épanchement sanguin dans les poches ou dans l'une des poches, mais cette matité a rapidement disparu.

OBSERVATION XXX

Kyste hydatique du foie. — Suture sans drainage. —
Guérison. — ROCHARD.

Maria M..., 22 ans, entrée au pavillon Dolbeau le 26 juillet 1900, pour une volumineuse tumeur abdominale.

Cette femme, jusque-là en bonne santé, est accouchée il y a 6 mois d'un enfant bien portant. C'est seulement un mois après qu'elle s'inquiéta de voir que son ventre était toujours volumineux, surtout du côté droit. En outre, des douleurs assez vives dans le flanc droit et sous les fausses côtes se manifestèrent ; elle dut garder le lit. Un médecin consulté trouva de la pleurésie à la base droite. Sous l'influence d'une révulsion locale cette pleurésie disparut rapidement, mais les douleurs persistèrent et la tuméfaction augmenta. La malade commença à perdre l'appétit et à maigrir.

Examen. — Facies pâle, amaigri, langue saburrale. On note à la base droite une submatité bien nette à convexité supérieure et une diminution du murmure respiratoire avec quelques frottements.

La tumeur abdominale, volumineuse, s'étend du rebord des fausses côtes droites à 2 travers de doigt de l'ombilic ; elle fait nettement partie du foie. La matité s'étend uniformément depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt de la crête iliaque, en suivant une ligne oblique en bas et en

dehors ; de là, elle remonte en arrière derrière les côtes, jusqu'à la colonne vertébrale. Elle est limitée en haut par un bord arrondi qui correspond à la disparition du murmure vésiculaire.

La tumeur est arrondie, lisse, peu mobile, elle présente une rénitence spéciale sous le doigt, mais pas de frémissement hydatique. Il est impossible de sentir le bord inférieur du foie.

Laparotomie le 1^{er} août 1900. — Incision latérale droite sus-ombilicale. Ponction du kyste attiré au dehors, issue de liquide légèrement louche et de nombreuses vésicules-filles. La membrane germinative est enlevée, l'intérieur du kyste nettoyé et asséché avec des compresses stérilisées. La cavité remonte dans le foie et est anfractueuse à sa partie postérieure. M. Rochard place avec peine 2 anses de catgut qui sont tout-à-fait insuffisantes pour rapprocher les parois ; il résèque tout ce qu'il peut de la poche et referme complètement le restant par un surjet. Suture de la paroi à 3 plans ; drain à la partie supérieure à cause du liquide louche ; suture de la peau avec des agrafes.

Le drain est enlevé le 3 août ; les agrafes le 8.

La malade sort guérie le 21 août, sans le moindre incident.

CONCLUSIONS

I. — Le procédé de traitement des kystes hydatiques par la *réduction sans drainage, procédé de M. Pierre Delbet*, se trouve actuellement consacré par une assez longue expérience pour être érigé en méthode générale.

II. — Il comprend 3 modes opératoires, gradués suivant la gravité du mal :

1° Réduction sans suture.

2° Réduction avec suture.

3° Réduction avec capitonnage et suture.

III. — Les lavages et surtout le grattage de la poche doivent être rejetés comme inutiles ou dangereux.

IV. — On cherchera à appliquer le procédé de M. Pierre Delbet à tous les kystes hydatiques non suppurés, quel que soit leur siège. On y réussira dans la grande majorité des cas.

V. — Seuls les kystes suppurés n'en sont pas justiciables et restent acquis à la marsupialisation, qui est pour eux une opération de nécessité.

VI. — Le capitonnage sera employé dans les cas où la poche est trop volumineuse et ses parois trop résistantes pour qu'on puisse espérer un accolement rapide de ces parois.

VII. — Pour les kystes du foie, il n'est pas prudent de réduire la poche sans la suturer, parce que s'il survenait un suintement bilieux ou hémorrhagique l'épanchement se ferait dans la cavité péritonéale.

VIII. — Dans les cas les plus malheureux où après suture et réduction la poche viendrait à suppurer, on aura le temps de la rouvrir, à moins qu'elle ne se rouvre spontanément, et l'on se retrouvera finalement en face d'un kyste marsupialisé.

IX. — Ordinairement la guérison est complète, radicale en 15 jours ou 3 semaines, comme pour un kyste de l'ovaire traité par l'ovariotomie.

X. — Les accidents de la marsupialisation disparaissent totalement et le temps nécessaire à la guérison est considérablement abrégé. *La réduction sans drainage constitue le procédé de choix pour le traitement des kystes hydatiques.*

Vu par le président de thèse
TERRIER

Vu par le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Baraduc. — Thèse de Paris, 1898.

Barnett. — The Austral. Med. Gaz. Sydney, 1897.

Billroth. — Soc. imp. et roy. de Méd. de Vienne, 20 mai 1892.

Blanchard. — Zoologie médicale, tome 1.

Bobroff. — New method of operation for echynococcus in the liver and other abdominal parenchymatous organs. *Khirurgia*, Mosk., 98, iii, 3-9. *Also transl.*: *Arch. f. clin. chir.*, Berlin, 1898, lvi 819-826.

Bond. — Brit. Med. Journ., 11 avril 1891.

Braine. — Thèse de Paris, 1886-87.

Brœse. — Thèse de Göttingen, 1882.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.

N^{os} 2, 3, 5, 6, 40 de 1899.

N^{os} 1, 2, 5, 7, 9, 10, 16, 17, 21, 22, 33 de 1900.

Deguy. — De l'opération de Delbet dans les kystes hydatiques abdominaux et du traitement des kystes hydatiques. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1898, n^o du 17 décembre, p. 801.

Delbet (Pierre). — Communications à l'Académie de Médecine, 11 février et 5 mai 1896.

— Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, août-septembre 1897.

Duplay-Reclus. — Traité de Chirurgie, article de Segond.

Fiaschi. — The intraperitoneal operation for abdominal hydatids by Russells' method, wit notes of fives cases (Australas M. Gaz., Sydney, 98-xvii, 5-9.

Jonnesco. — Communication à la Société de Chirurgie. Rapport de Delbet, 27 décembre 1899.

Jonnesco. — Congrès international de Médecine 1900. Section de chirurgie générale.

Koenig. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1891. Les kystes à échinocoques de la cavité abdominale et leurs particularités avant, pendant et après l'opération.

Le Dentu-Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, article de Faure, tome 8, page 331.

Moore. — Intercol. med. Journ. of Austr., 1897.

Posadas (Alexandro). — Anales del circulo medico Argentino, Buenos-Aires, 31 décembre 1895, p. 613.

Poulton. — The Austral. Med. Gaz., Sydney, 1896.

Russell (Hamilton). — Internat. Quaterly Journal, février 1895.

Stirling. — Intercol. med. Journ. of Austr., 1897.

Thornton. — Med. Times, 1883, t. 1.

